

CAT DEVANT UNE ADÉNOPATHIE & SPLÉNOMÉGALIE

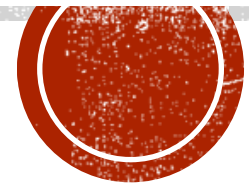
Pr Tensaout: tensaout.farida@gmail.com

Pr Aboura: chaboura@hotmail.com

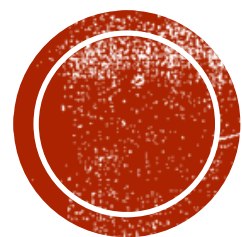
Dr Rahali: rahalic@yahoo.fr

Dr Zerkout: zerkout.sarah@gmail.com

Dr Zidouni: thamilazk@gmail.com



Avril 2020



CAT DEVANT UNE ADP

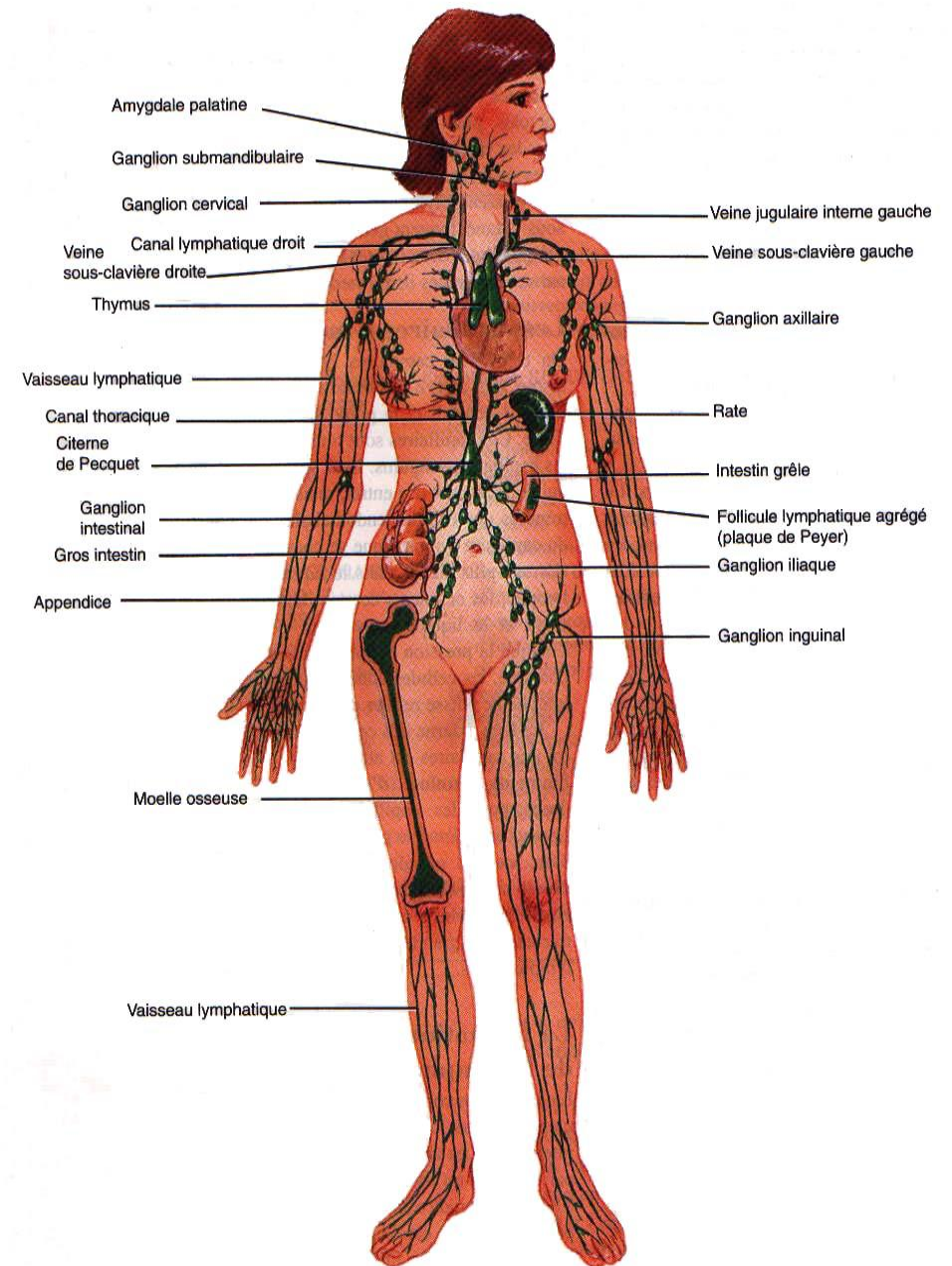
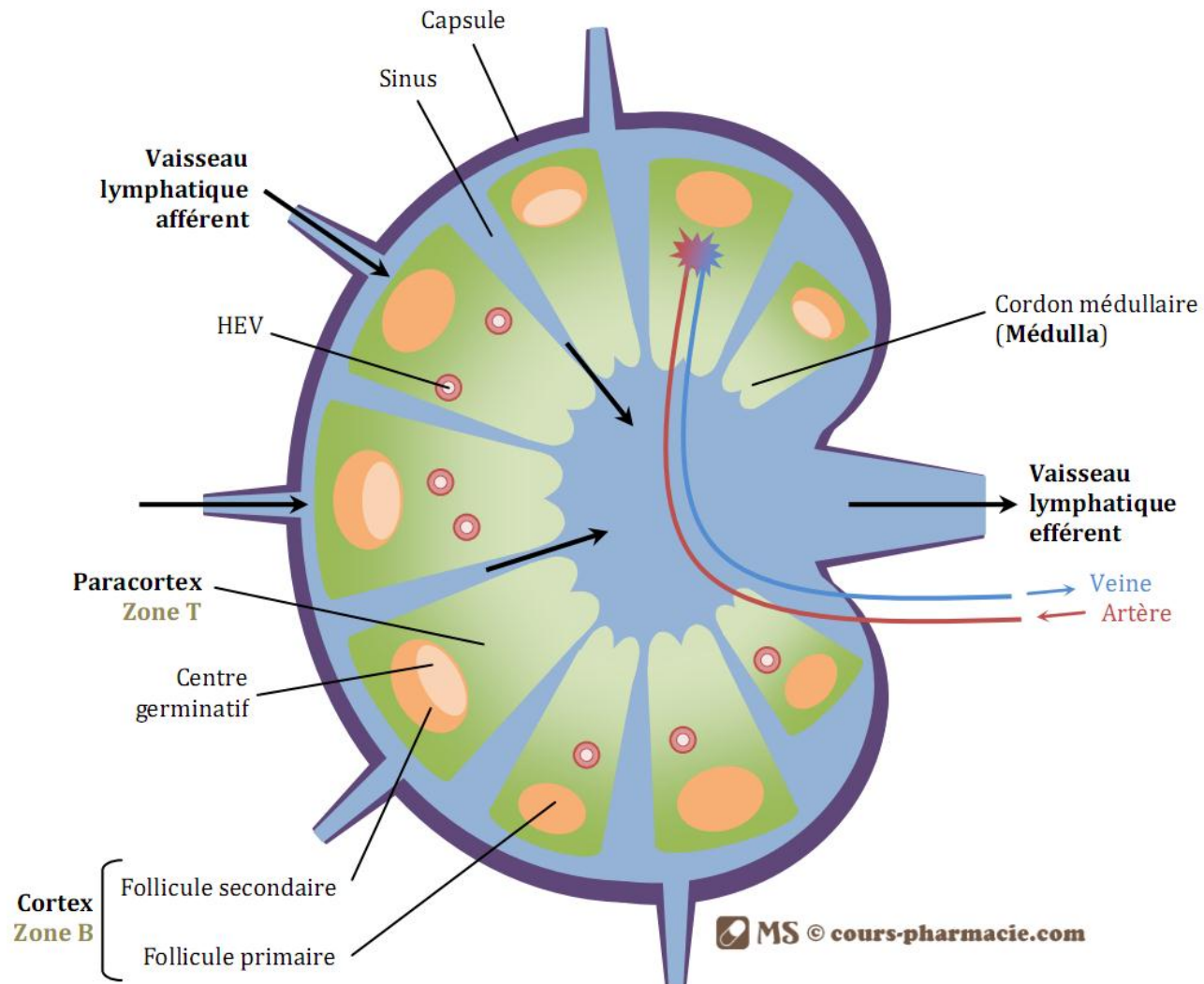


DÉFINITION

- Un ganglion superficiel palpable est pathologique lorsque son diamètre dépasse **1 cm**
- À l'exception des ganglions **inguinaux** pour lesquels ce seuil peut être porté à **1,5 cm**.
- La démarche diagnostique devant des adénopathies isolées ou multiples repose sur:
 - Un interrogatoire rigoureux,
 - Un examen clinique systématique
 - Quelques examens biologiques.
- Une adénopathie peut être secondaire:
 - À une infection
 - Une maladie maligne
 - Évoluer dans un contexte de maladie du système immunitaire.



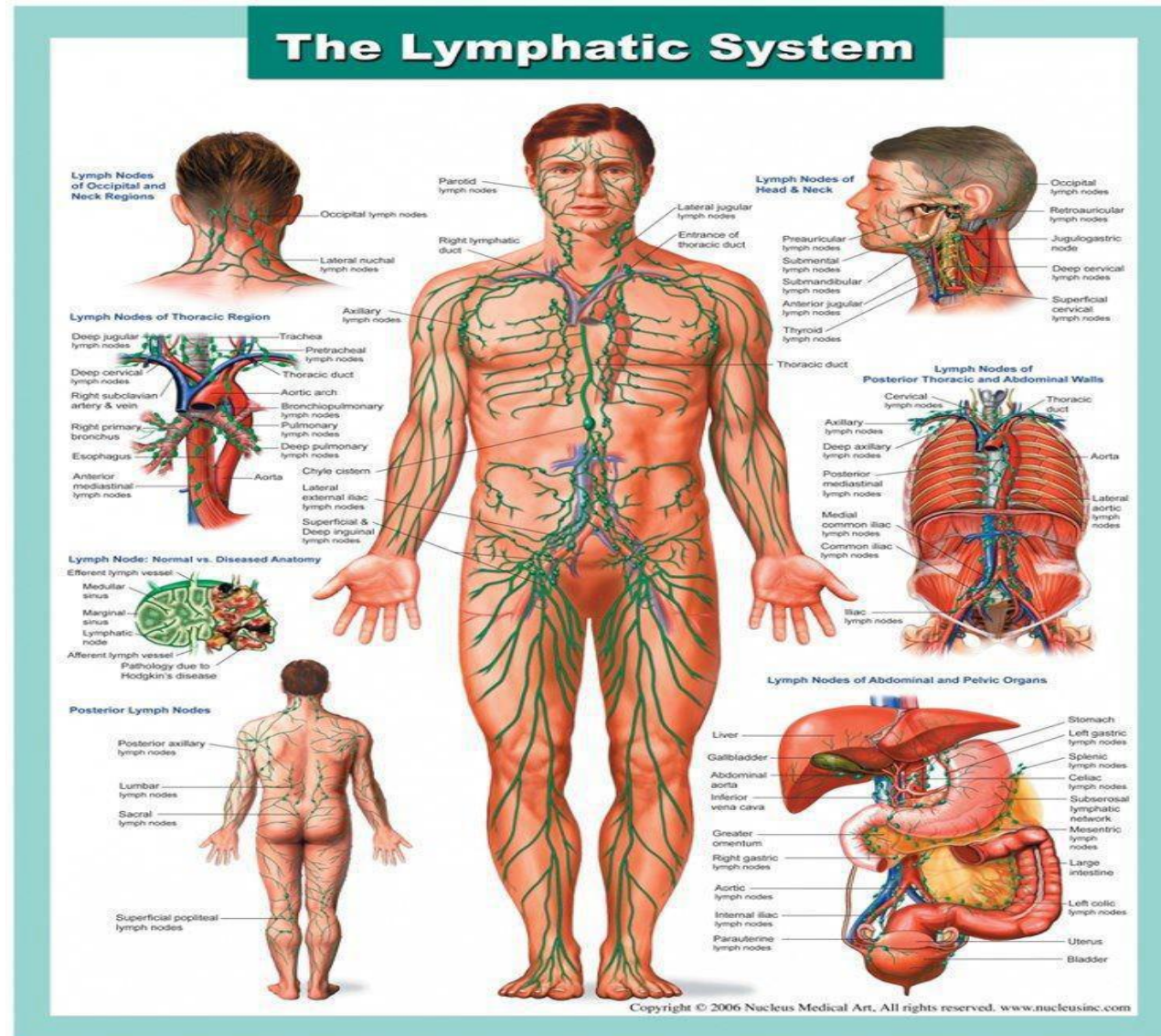
RAPPEL ANATOMIQUE



Vue antérieure des principaux composants du système lymphatique



TERRITOIRES DE DRAINAGE LYMPHATIQUE



1. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

1.1. L'ENQUÊTE CLINIQUE

- Elle doit être soigneuse et exhaustive.
- Interrogatoire:
 1. Les circonstances du diagnostic
 2. La date de début seront recueillies.
 3. Les conditions de vie, en particulier, les vaccinations, la présence d'animaux et les traitements suivis seront notés.
- L'examen clinique:
 1. Affirmer l'adénomégalie (voir diagnostic différentiel)
 2. Préciser ses caractéristiques : péri adénite, adhérence aux plans profonds ou superficiels, consistance et dimensions, état cutané en regard, locorégional à distance, caractère douloureux.
 3. L'examen général visera à rechercher une fièvre, une perte de poids, l'existence d'une hépatosplénomégalie, d'un syndrome anémique ou hémorragique et d'adénopathies dans d'autres territoires que le territoire initial.
 4. L'examen bucco-dentaire, pharyngé et otologique recherche une porte d'entrée infectieuse.



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Diagnostic différentiel d'une adénopathie superficielle.

Dans tous les territoires	Neurinome Lipome Fibrome
Territoire cervical	Glande salivaire (parotide, sous-maxillaire, sublinguale), en sachant qu'une atteinte mixte, salivaire et lymphatique, est possible (Gougerot-Sjögren, sarcoïdose, VIH) Kyste du tractus thyroïdien Lymphangiome kystique sus-claviculaire Kystes branchiaux Kystes dermoïdes Grenouillette sus-hyoïdienne Anévrisme ou glomus carotidien (à ne pas biopsier) Laryngocèle externe Tumeur thyroïdienne (parfois associée) Tumeur musculaire Abscess des parties molles Côte cervicale
Territoire axillaire	Hidrosadénite (suppuration des glandes sudorales apocrines)
Territoire inguinal	Hidrosadénite Abscess froid Hernie Kyste du cordon Anévrisme artériel ou ectasie veineuse (à ne pas biopsier)

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.



1. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

1.2. EXAMENS PARACLINIQUES D'ORIENTATION

- une échographie permet de retrouver une formation d'autre origine, comme un « hématome du muscle sterno-cléido-mastoïdien », un kyste, une fistule congénitale.
- cytoponction (à visée cytologique et bactériologique)
- L'hémogramme avec une formule leucocytaire
- une vitesse de sédimentation
- Myélogramme.
- sérologies virales ou parasitaires (EBV, CMV, toxoplasmose, maladies des griffes du chat),
- La biopsie ganglionnaire reste l'examen final de cette démarche diagnostique: cet examen doit permettre au moins une étude bactériologique et une étude immunohistologique.
- Radiographie de thorax + échographie abdominale +/- TDM TAP



2. PRINCIPALES ÉTIOLOGIES

origine infectieuse

- Inf. localisée : l'ADP est satellite du foyer (ex. angine + ADP cervicale Inf).
- d'inoculation (ex. chancre mou, maladie des griffes du chat)
- Inf. systémiques (ex. Syphilis, rickettsiose, VIH, MNI)

3 grandes étiologies

Origine tumorale

- Tumeurs solides régionales (ex. cancer ORL et ADP cervicale cancer sein et ADP axillaire)
- Métastase à distance d'une tumeur solide (mélanome et ADP)
- Lymphome stade initial [Hodgkin et ADP cervicale]
- Lymphome / Leucémie diffus [ADP généralement diffuses]

Maladie de système

- lupus
- sarcoïdose



2-1- ADÉNITES INFECTIEUSES

La Revue de médecine interne 36 (2015) 668–676



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Diagnostic des adénites infectieuses

Diagnosis of infectious lymphadenitis

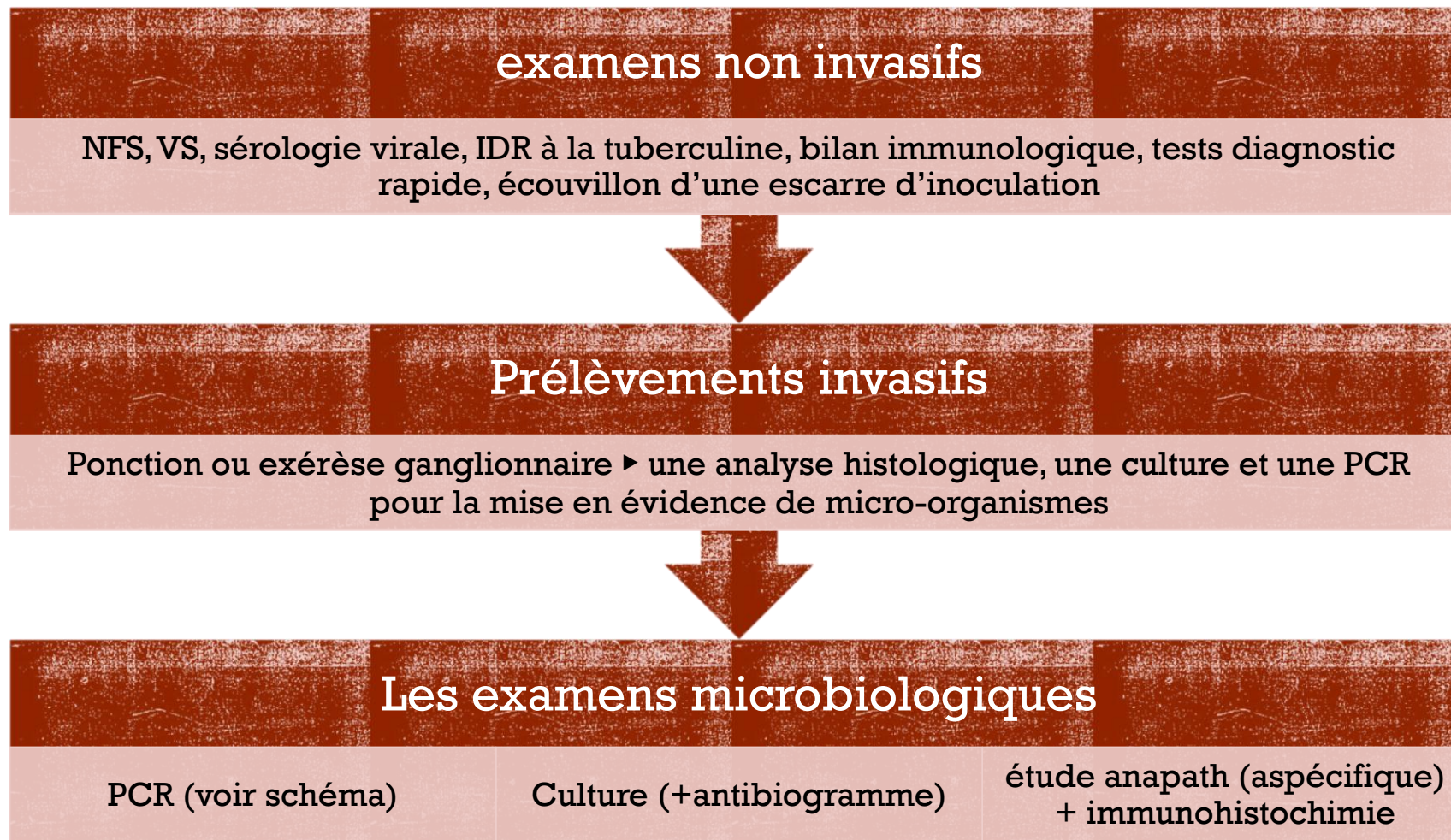
C. Melenotte, S. Edouard, H. Lepidi, D. Raoult*

Faculté de médecine, URMITE, UM63, CNRS 7278, IRD198, Inserm 1095, Aix Marseille université, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex 5, France



2-1- ADÉNITES INFECTIEUSES

DÉMARCHE DIAGNOSTIC



2-1- ADÉNITES INFECTIEUSES

AGENTS INFECTIEUX COMMUNÉMENT RESPONSABLES D'ADÉNITES INFECTIEUSES

Adénites multiples	Étiologies	Fréquentes	Rares	Examens de première intention
Infectieuses	Virales	Virus Epstein-Barr, cytomégalovirus, VIH, Parvovirus B 19, Herpes simplex virus, virus Zona varicelle, virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite C	Rougeole, rubéole, dengue, oreillon	Test diagnostique rapide (VIH, EBV) Sérologies
	Bactériennes	<i>M. tuberculosis</i> , <i>Treponema pallidum</i>	<i>Brucella melitensis</i>	Hémocultures, PCR, sérologies

Adénites localisées	Étiologies	Les plus fréquentes	Moins fréquentes	Examens de première intention
Infectieuses	Bactériennes	<i>Bartonella henselae</i> , <i>Francisella tularensis</i> , <i>Rickettsia</i> sp.	<i>Treponema pallidum</i> , <i>Borrelia burgdorferi</i> , <i>B. melitensis</i> , <i>Leptospira</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> LVG, <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Bartonella quintana</i>	Sérologies, PCR, hémocultures POC et test diagnostique rapide, hémocultures
	Mycobactéries	Streptocoque A <i>M. tuberculosis</i> , <i>M. avium</i>	<i>M. scrofulaceum</i> , <i>M. kansasii</i>	Hémocultures, examen direct, PCR
	Parasitaires	<i>Toxoplasma gondii</i>	<i>Leishmania</i>	Sérologie, PCR
	Fongiques		<i>Histoplasma capsulatum</i> , <i>Coccidioidomycose</i> , <i>Cryptococcose</i>	Sérologie, PCR, culture, Ag plasmatique



2-2- ADÉNITES TUMORALES

Métastases cancéreuses:

- Le plus souvent ADP isolée
- La ponction ne permet pas de poser le diagnostic en raison du caractère partiel de l'envahissement.
- Des amas de cellules néoplasiques remplaçant plus au moins totalement la pulpe lymphoïde ganglionnaire normale.
 - *Atteinte cervicale hautes*: cancers muqueux du carrefour aérodigestif ou de la thyroïde.
 - *Atteinte sus claviculaires*=diffusion métastatique déjà étendue: origine pulmonaire ou tube digestif.
 - *Atteinte axillaire*: cancer du sein.
 - *Atteintes inguinale*: secondaire à un cancer anal.
 - Les métastases des mélanomes peuvent intéresser tous les aires ganglionnaires.



En réalité, n'importe quel cancer peut donner des métastases ganglionnaires régionales ou à distance.



2-2- ADÉNITES TUMORALES

Lymphome malin non Hodgkinien:

- Les ADP peuvent être localisées, mais sont souvent d'emblée généralisée
- L'étude histologique permet de déterminer le type architectural et type cytologique de la prolifération lymphoïde, et de définir le phénotype immunologique B ou T des cellules proliférantes.

Maladie de Hodgkin

- 80 % au moment du Diagnostic
- Volume variable, non douloureuse, non inflammatoire.
- Non compressive, ferme mais pas pierreuse.
- Asymétrique (élément du diagnostic).
- Siege : Cervical bas +++ (le plus fréquent) puis cervicale haute. Axillaire (exceptionnel).
- 10 à 15 % ADP profondes (médiastinale +++) intérêt= TDM TAP; PET SCAN

Leucémies aiguës

Mode de révélation fréquent, les éléments d'orientation sont les signes cliniques associés, syndrome tumoral et purpura, l'existence d'une fièvre et les données de l'hémogramme + PMO.



2-3- LES ADÉNOPATHIES D'AUTRES ORIGINES

- Au cours du lupus, de la maladie de Still, de la maladie de Kawazaki des adénomégalias sont observées.
- La sarcoïdose est une cause rarissime d'adénopathies superficielles parfois volumineuses.
- L'histiocytose langerhansienne peut s'accompagner de polyadé-nopathies.
- On retrouve des adénopathies dans plusieurs déficits immunitaires, en particulier les déficits immunitaires communs variables, mais aussi les déficits de l'apoptose (fas ligand, par exemple).



2-4- LES ADÉNOPATHIES AU COURS DE DERMATOSES

- Des adénopathies superficielles sont fréquemment retrouvées chez l'enfant porteur d'eczéma cutané extensif ou de prurigo.
- Ces adénopathies dermatopathiques sont riches en cellules de Langerhans et si le contexte n'est pas précisé, peuvent faire évoquer une histiocytose langerhansienne, à tort.



3-5- ADÉNOPATHIES DE CAUSES RARES

- Locorégionales : après vaccination, en particulier après le B.C.G., il peut s'agir d'une becégite ganglionnaire dont l'évolution vers la fistulisation n'est pas exceptionnelle.
- Généralisées : après traitement par phénytoïne, carbamazépine ou allopurinol.

3-6- LES ADÉNOPATHIES IATROGÈNES

- La maladie de Whipple, de Castelman, de Rosai et Dorfman seront des diagnostics anatomopathologiques.

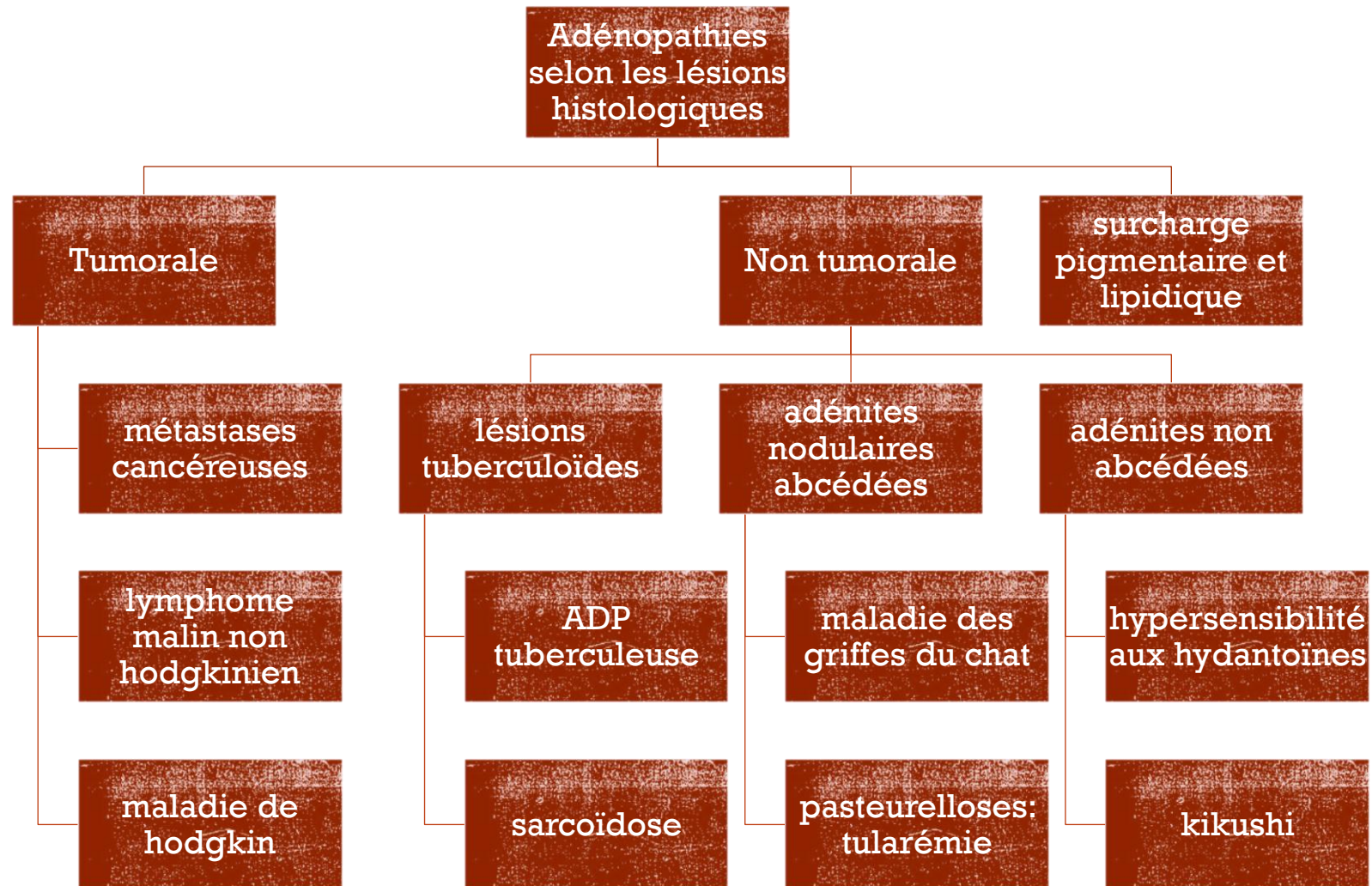


ADP SELON LA MODE D'EVOLUTION

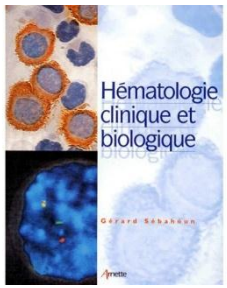
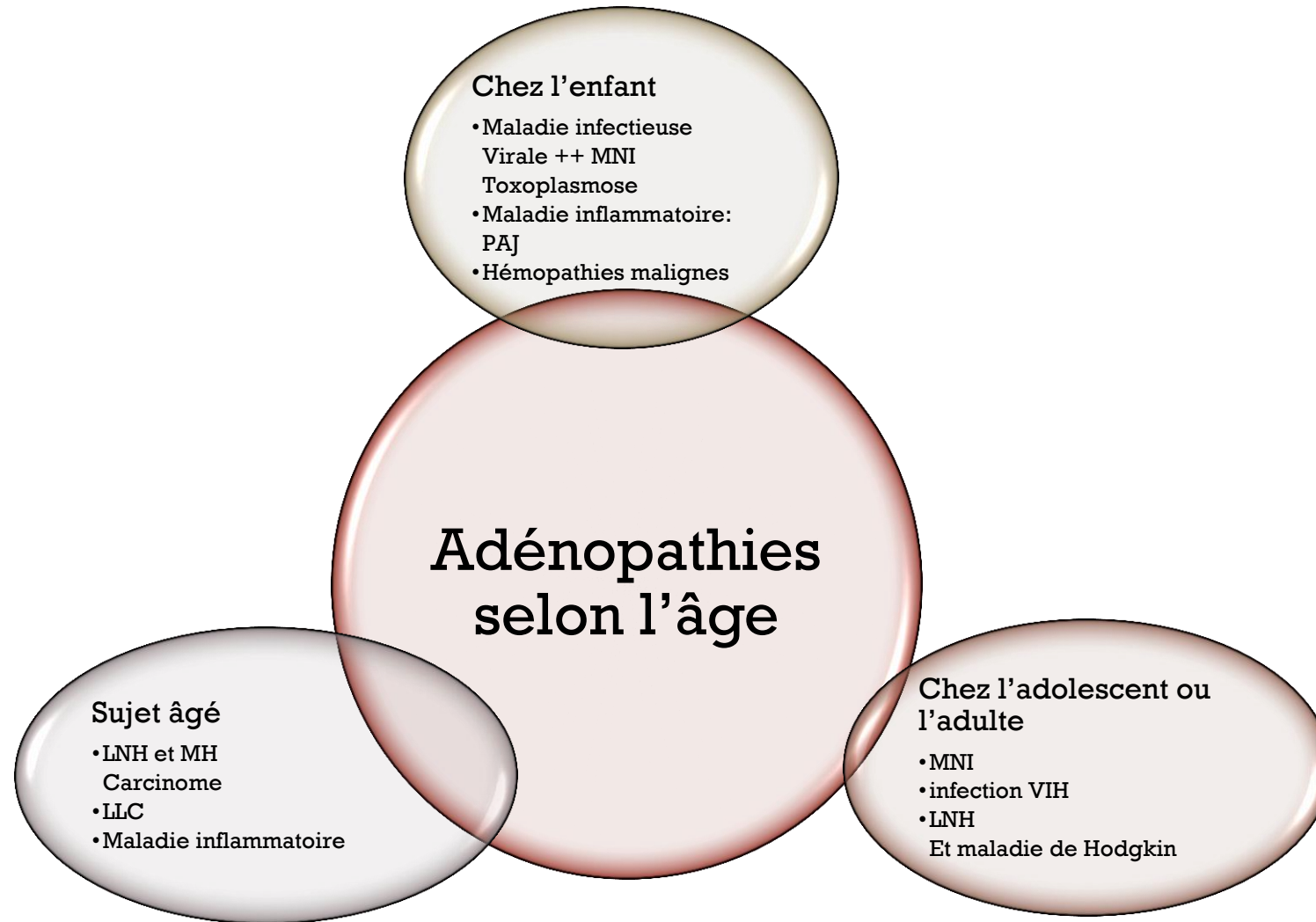
ADP aigue < 1mois	ADP subaiguë 1 à 3 mois	ADP chronique > 3mois
<p>⇒ Infectieuse +++ ADP situées sur le territoire de drainage lymphatique. rechercher l'existence d'une porte d'entrée, d'un syndrome infectieux : (adénite microbienne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carie dentaire. • Plaie infectée de la main ou du pied. • Infection gynécologique. 	<p><u>Bénignes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Virose: MNI, HIV, rubéole, adénovirus • Bactérienne: syphilis • Parasitaire: toxoplasmose. <p><u>Malignes: LA+++</u> → Orientation diagnostique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clinique</i> : signes d'insuf sang - sd infectieux précédent. • <i>Biologie</i> : hémogramme, frottis sanguin, sérologies virales. 	<p><u>Bénignes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tuberculose</i> : GP voire biopsie. • <i>Sarcoidose</i> : ADP cervicale, médiastinale <p><u>Maligne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>1aire (SdLP)</i> = LNH - HDK - LLC - Waldenstrum ⇒ GP, Bx gg. • <i>2aire</i> = Métastase d'un cancer solide clinique ; AEG - caractère de ADP : GP/Bx gg.

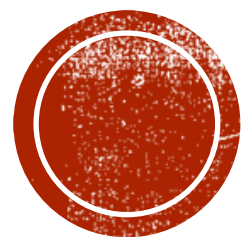


Étiologies des ADP en fonction de l'histologie



Étiologies des ADP en fonction de l'âge





CAT DEVANT UNE SPM



DÉFINITION – RAPPEL : SPM

Splénomégalie:

- Hypertrophie de la rate type 1-5 / DS
- état normal: non palpable sauf NRS 6 mois et NNE

Fonctions de la rate:

- Hématopoïèse foetal
- Hémolyse physiologique
- Immune
- Stockage Plaquette
- Fonction hémodynamique



CLINIQUE

Sémiologie:

- Type de la rate et/ou DS
- Critères : ferme, indolore, élastique, bord inf crénelé

Rechercher les signes cliniques associés:

- Fièvre.
- Signes d'anémie ou hémorragies.
- Ictère ou subictère.
- Signes d'hypertension portale.

Distinguer une SPM:

- Gros rein.
- Sympathoblastome chez l'enfant
- Tumeur (colique, estomac, lobe gche foie)



SÉMIOLOGIE

-Débord splénique : mesure en cm sur ligne medio-clav

-OMS : 0 à 5

type 0: pas de SPM

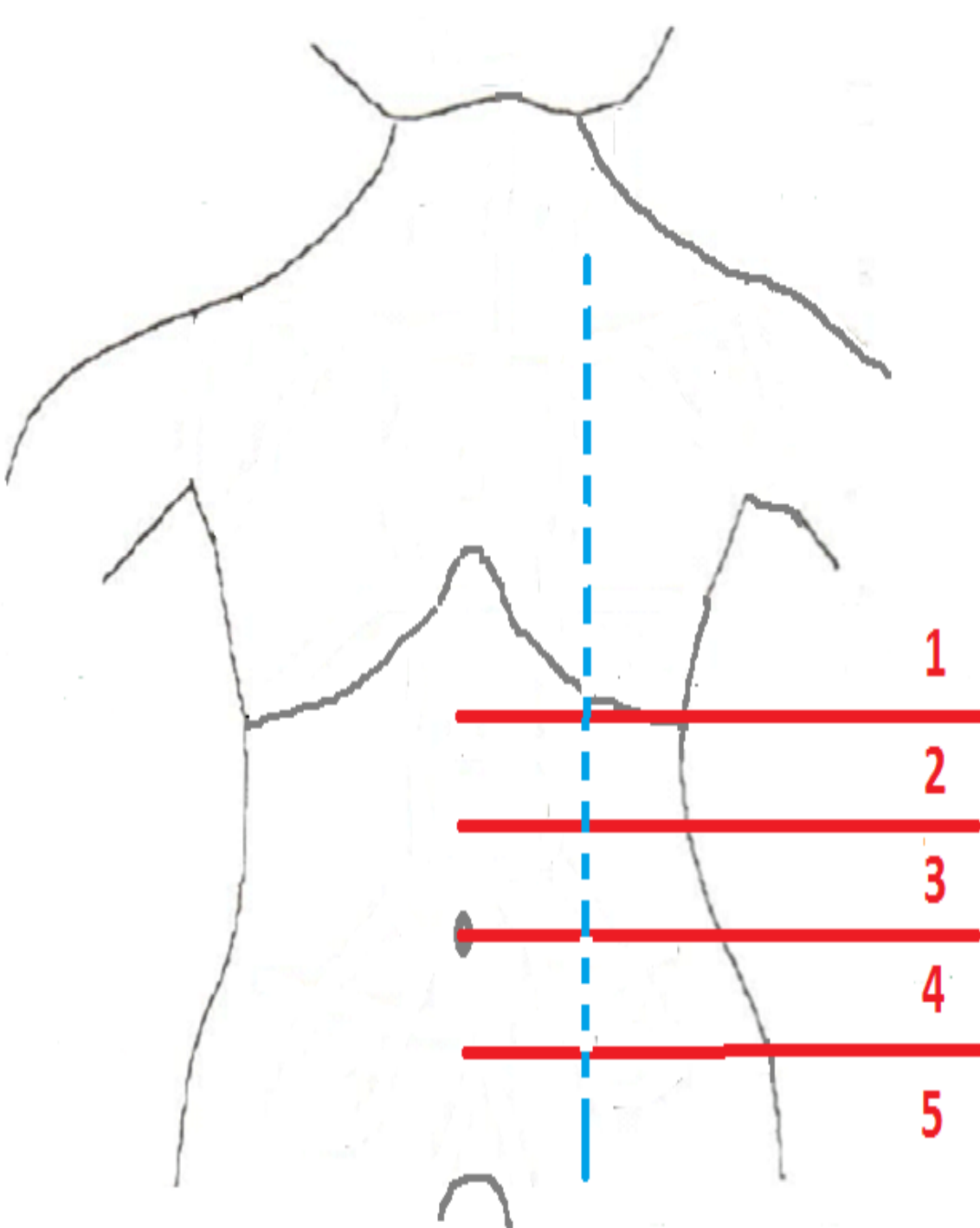
type 1: inspiration profonde

type 2: ne dépasse pas horizontale passe = distance (rebord costal et ombilic)

type 3: arrive a ombilic et ne le dépasse pas

type 4: au dessous de ombilic sans dépassé horizontale passe = distance (ombilic et symphyse pubienne)

type 5: dépasse, palpable
Flgche



DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE :

Interrogatoire: age, origine, T°, Atcd perso et familiaux

Examens de 1^{ère} intention:

- Hg avec taux de Réticulocytes / FS
- Echo AP: SPM > 15cm / TDM

Examens à viser étiologique:

- Cause hémato: acquise (bili ind, test coombs), congén
- Cause infectieuse: idrt, sérologie, goutte épaisse
- Cause congestive: echo abd (TP), FOGD(VO)
- Cause surcharge: dosage enzymatique
- Cause tumorale: TDM / splénectomie



ETIOLOGIES:

■ **Infectieuse:**

- Bact: Septicémie à pyogène, Brucellose, Thyphoïde, Tuberculose
- Viral: VIH, MNI, CMV, HBS, HVC
- Parasite: Toxo, Paludisme, Leishmaniose
- Mycose: Septicémie à candida

■ **Hématologique:**

- Bénigne: AHC
- Maligne: SMP (LMC, PV, MF)/ SLP (LLC, W, HDK, LNH, LA)



ETIOLOGIES:

- **Congestive:** HTP
 - Bloc hépatique: Cirrhose, Alcoolisme
 - Bloc sous hépatique: Thrombose / Cavernome porte, Tum pancreas, compression Sd tum
 - Bloc sus hépatique: Budd chiari, Insuff cardiaque cong
- **Inflammatoire:** PR, LED, PAN, Sd Felty
- **Surcharge:** Mdie gaucher / Nieman Pick / Amylose
- **Tumoral:** Bénigne (kyste, angiome) / Maligne (LNH, Meta)
- **Idiopathique:** Dc d'exclusion



Fin
Merci

