

Aspects sémiologiques des adénopathies (ADP)

PLAN

- I- Définition-Généralités
- II- Physiopathologie
- III-Structure
- IV-Diagnostic positif
- V- Diagnostic différentiel
- VI- Diagnostic étiologique
- VII-Conclusion

I-Définition-Généralités

Les ganglions sont des organes lymphoïdes disposés en chaîne le long des vaisseaux lymphatiques. Le corps humain, comporte entre 500 et 1000 ganglions lymphatiques principalement au niveau du cou, du thorax, de l'abdomen, mais aussi de l'aîne et des aisselles. Ils ont une double fonction :

1- Une fonction d'épuration de toute substance antigénique par l'intermédiaire des cellules macrophagiques. Ils permettent la filtration et l'épuration de la lymphe: Virus, bactéries, parasites.....

2 -Une fonction de défense immunitaire, assurée par les lymphocytes T et B. Le rôle des vaisseaux lymphatiques est d'amener un Ag (dans la majorité des cas issu d'un pathogène) du tissu jusqu'au ganglion afin d'activer la réponse immunitaire spécifique des lymphocytes B et T, ainsi les ganglions sont impliqués dans différentes circonstances : infections, affections tumorales....

Une ADP est une augmentation de volume d'un ganglion, elle est dite pathologique lorsque son diamètre est supérieur à 1 cm, dont la taille, le siège, le nombre varient en fonction de l'affection en cause.

II-Physiopathologie

L'augmentation du volume ganglionnaire peut résulter de:

1-Une réponse immunitaire physiologique secondaire à une stimulation antigénique ou systémique, impliquant les CPA (cellules présentatrices d'antigènes) et les Lymphocytes T et B.

2- L'expansion clonale incontrôlée et /ou de la survie anormale de cellules CPA et les lymphocytes T et B.

3-La colonisation du ganglion par des cellules extra-hématopoïétiques.

III-Structure

Le ganglion est constitué de tissu lymphoïde, de la périphérie vers le centre de trois zones:

1- **Zone corticale ou cortex:** contient essentiellement des amas ovalaires ou follicules de lymphocytes B, avant une stimulation antigénique, ils sont appelés follicules primaires, ils sont à l'état de repos et formés de LB, après avoir rencontré un antigène les follicules primaires se transforment en follicules secondaires qui comprennent 3 régions aux fonctions distinctes.

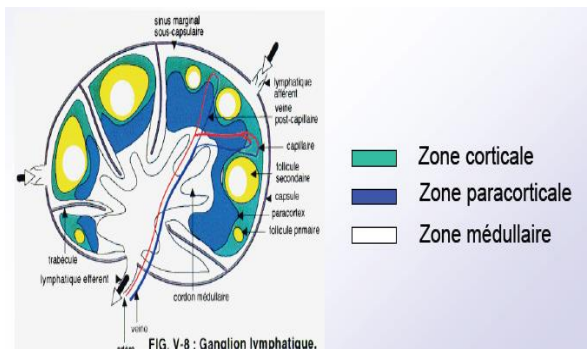
- Un premier croissant dense, est le siège de la multiplication des lymphocytes B.

- Un second croissant moins dense correspondant à la zone des lymphocytes B au repos.

- Un centre germinatif clair où les lymphocytes B sont transformés en immunoblastes précurseurs des plasmocytes.

2- Zone para corticale: contient essentiellement les Lymphocytes T.

3- Zone médullaire: partie centrale, rejoignant la circulation sanguine générale au niveau de laquelle il y a autant de lymphocytes B que de lymphocytes T.

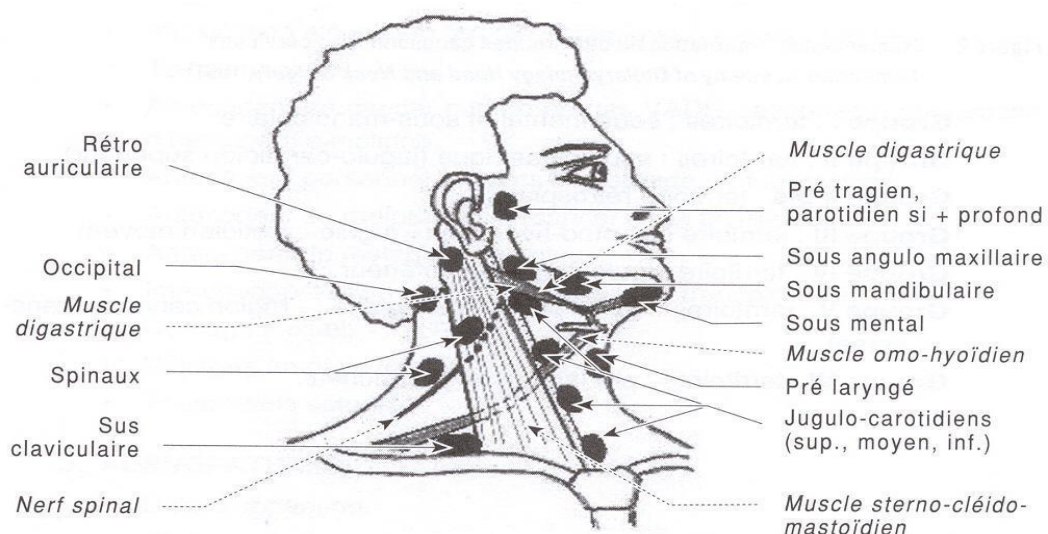


IV-Diagnostic positif : il repose sur

1-l'examen clinique par la recherche d'ADP au niveau des différents territoires ganglionnaires superficiels :

*Les aires cervicales :

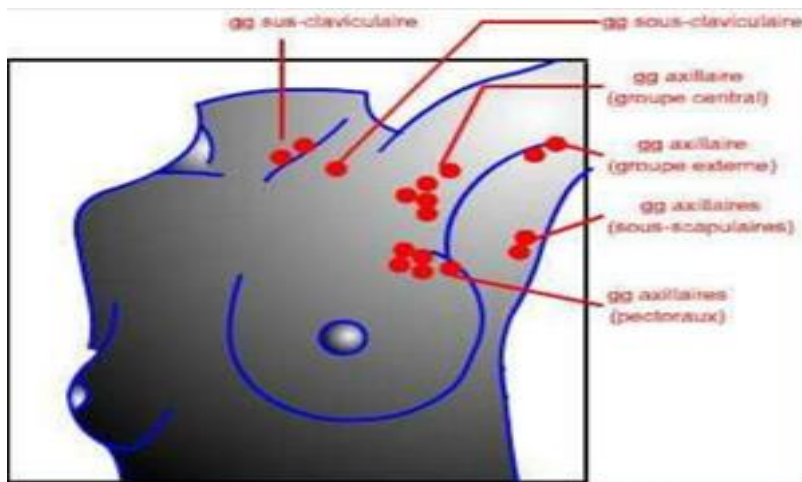
1. Les ganglions occipitaux sont recherchés sur le plan osseux à l'union de la nuque et de la voûte crânienne.
2. Les ganglions mastoïdiens à la partie postérieure du sterno-cléido-mastoïdien, derrière l'oreille
3. Les ganglions parotidiens dans la loge parotidienne
4. Les ganglions auriculaires en avant du tragus.
5. Les ganglions sous maxillaires : les doigts en crochet vers le haut derrière l'angle de la mâchoire, la tête fléchie pour relâcher les muscles superficiels.
6. Les ganglions sous mentaux, plus en avant des sous maxillaires
7. Les ganglions jugulo-carotidiens sont palpés en se plaçant derrière le sujet, la tête fléchie et penchée du côté examiné.
8. Les ganglions sus claviculaires sont recherchés, les doigts en crochets vers le bas dans le creux sus claviculaire.



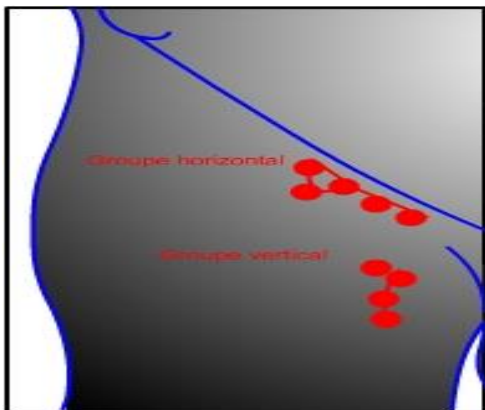
***Les aires axillaires**

Les ganglions axillaires sont palpés, la main à plat sur le grill costal, les doigts s'enfonçant dans le creux axillaires, le bras pendant souple. On palpera :

- les ganglions huméraux (le long du paquet vasculaire, en dehors).
- les ganglions scapulaires inférieurs contre la paroi interne,
- les ganglions mammaires externes dans l'angle omoplate- cotes.



***Les aires inguinales :** Les ganglions inguinaux sont palpés dans le triangle de Scarpa.



***Les autres ganglions**

-Les ganglions épitrochléens sont palpés sur la face interne du bras, à environ 3 cm au dessus du coude. Sont recherchés au-dessus de l'épitrochlée, le membre supérieur en extension, les ganglions rétro- cruraux derrière l'arcade crurale.



Et apprécier :

- Le nombre et la répartition topographique : l'ADP peut être unique ou multiple, localisée ou généralisée ; on notera le caractère uni ou bilatéral systématique ou asymétrique.
- La taille : elle peut varier dans le même groupe ou d'un groupe à un autre ; un schéma est nécessaire. on apprécie :
 - la forme (généralement ovoïde ou arrondie),
 - la surface (lisse, régulière ou irrégulière).
 - les contours (bien limités ou imprécis).
 - la consistance (élastique ou ferme).
 - l'indolence ou la sensibilité.
 - le caractère inflammatoire ou non.

Et pour rechercher une ADP profonde on fera :

- Un telethorax : pour rechercher les ADP médiastinales trachéo- bronchiques et inter bronchiques.
- Une échographie abdominale : pour les ADP sous diaphragmatiques (mésentériques, rétro péritonéales).
- Un scanner thoraco- abdominal.

V-Diagnostic différentiel : il ne se pose que lorsque l'ADP est unique

1-ADP cervicale :

- un ganglion cervical peut être confondu avec des tumeurs ou inflammations glandulaires (parotides - sous maxillaires).
- un anévrisme carotidien (pulsatile, battant).
- une hypertrophie d'une glande salivaire
- une hypertrophie de la thyroïde
- une tumeur thyroïdienne

2- ADP axillaire : éliminer, une tumeur ou un abcès costal.

3- ADP inguinale : éliminer :

- une hernie
- un abcès
- Une ectopie testiculaire

4- une ADP peut être confondu avec un lipome ou un nodule sous cutané

VI- Diagnostic étiologique

Le diagnostic étiologique devra tenir compte :

- **Des données de l'interrogatoire** : l'interrogatoire est essentiel et doit préciser les antécédents médicaux et chirurgicaux, l'âge, la profession, l'existence de poussées antérieures, la date d'apparition (aigüe, subaigüe ou chronique) et les conditions de

survenue, les signes fonctionnels et généraux d'accompagnement : fièvre, frissons, sueurs, prurit, sueurs nocturnes, amaigrissement altération de l'état général.

- **Des données de l'examen physique** à la recherche de lésion inflammatoires, infectieuses ou tumorales dans la région drainée par le ganglion constaté et explorant les autres aires ganglionnaires, le foie, la rate et les autres appareils.

L'examen clinique recherche les caractères de cette tuméfaction :

- Inspection :
 - état de la peau (cicatrice, rougeur)
 - ascension à la déglutition (goitre)
- Palpation :
 - caractère inflammatoire ou non, avec recherche de douleur, de rougeur et de chaleur de la peau
 - siège par rapport aux chaînes lymphatiques cervicales
 - consistance dure (évocatrice d'un cancer), rénitente (laissant suspecter un kyste), molle (lipome)

- forme : la perte de la forme oblongue d'une ADP est un critère en faveur de son envahissement tumoral ;
- caractère isolé ou multiple
- uni- ou bilatéralité
- mobilité : par rapport aux plans superficiels et profonds
- taille : hauteur, largeur, épaisseur
- caractère battant ou non, expansibilité

- auscultation si la tumeur est battante, à la recherche d'un souffle.

L'examen général doit rechercher :

- d'autres ganglions au niveau des territoires axillaires, inguinaux
- une hépato splénomégalie
- des manifestations diverses orientant vers une hémopathie.
- Examen ORL : éventuellement aidé par une naso fibroscopie, il doit être systématique et complet : VADS (voies aérodigestives supérieures), thyroïde et territoires cutanés de la face et du cou (y compris le cuir chevelu et la nuque), à la recherche de mélanome ou de carcinome cutané.
- **Des données des examens complémentaires** : on demandera systématiquement : un hémogramme (à la recherche d' une leucémie), une VS, un télé thorax , une IDR à la tuberculine, d'autres examens seront demandés en fonction des circonstances (examen ORL , gynécologique , une sérologie de la MNI, et / ou de la toxoplasmose , un bilan Inflammatoire . mais l'essentiel est **l'examen cytologique et histologique** qui affirmera le diagnostic.

L'étiologie est dominée par 2 grands groupes d'affections :

1/ADP inflammatoire chroniques : elles sont secondaires et primitives

a-ADP inflammatoires secondaires : caractérisées par une porte d'entrée et une réaction ganglionnaire importante et durable c'est la situation des ganglions sous –maxillaires (infection bucco- pharyngées), occipitaux et mastoïdiens des membres supérieures, inguinaux (infections de la sphère génitale et des membres inférieures).

b-ADP inflammatoires primitives :

- **La tuberculose :**

Elle représente l'étiologie la plus fréquente des ADP sans cause évidente, surtout lorsqu'elles, sont localisées ou loco- régionales évoluant vers le ramollissement et la

suppuration. Le diagnostic est évoqué devant une IDR positive, la présence de pus à la ponction. Il est confirmé par la mise en évidence du BK dans le liquide de ponction ou des cellules de Langhans à l'examen cytologique et histologique.

- **La toxoplasmose :**

Elle est en générale asymptomatique, on y pense devant une ADP occipitale sans cause apparente, le diagnostic est assuré par le sero- diagnostic

- La mononucléose infectieuse :

Elle est évoquée devant un syndrome mononucléosique, confirmée par le test de Paul et Bunel – Davidson.

- **La brucellose :**

Elle réalise des ADP modérées basi cervicales et axillaires, associées à une fièvre au long cours. Le diagnostic est assuré par le sero- diagnostic de Wright.

2/ Les ADP non inflammatoire

- Les ADP non inflammatoire secondaire : les métastases de cancers : les ADP métastatiques sont dures, compressives et adhérentes. Elles compliquent souvent une lésion connue, la ponction ganglionnaire montrera des amas cellulaires anormaux, la biopsie confirmera le diagnostic.

- Les ADP non inflammatoires primitives : ce sont les ADP des syndromes lymphoprolifératifs : HDK ; LNH, LLC.

CONCLUSION

Une adénopathie est un symptôme très fréquent, d'étiologies multiples nécessitant des examens complémentaires à la recherche d'une étiologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amador-Ortiz C, Chen L, Hassan A et coll. Combined core needle biopsy and fine needle aspiration with ancillary studies correlate highly with traditional techniques in the diagnosis of nodal-based lymphoma. *Am J Clin Pathol* 2011 ; 135 (4) : 516-24.
2. Chen TC, Lin WR, Lu PL et coll. Cat scratch disease from domestic dog. *J Formos Med Assoc* 2007 ; 106 (2 suppl.) : S65-S68.
3. Scoggins CR, Vitola JV, Sandler MP et coll. Occult breast cancer presenting as an axillary mass. *Am Surg* 1999 ; 65 (1) : 1-5.