

# Adénopathies superficielles

**Principales causes : infectieuses, tumorales, inflammatoires ou auto-immunes.**

Une adénopathie (ganglion lymphatique > 1 cm) résulte de la stimulation du tissu lymphoïde ganglionnaire par un processus infectieux local ou général ou par une atteinte non infectieuse (hémopathie, métastase, inflammation).

## Conduite diagnostique

Tout ganglion palpable n'est pas nécessairement pathologique. Il est courant de trouver de petites adénopathies cervicales ou crurales mobiles infracentimétriques chez le sujet jeune, surtout s'il est maigre.

**L'interrogatoire** recherche :

- la date de découverte de l'adénopathie et son évolution, son caractère sensible, ainsi que la notion d'une infection récente ;
- une altération de l'état général (avec perte de poids de plus de 10 %), des sueurs nocturnes, une fièvre, un prurit, une douleur à l'ingestion d'alcool (évocatrice de Hodgkin), une toux, une expectoration ;
- le mode de vie : voyages, animaux de compagnie, facteurs de risque de cancer (tabac, alcool), suivi dentaire, rapport sexuel non protégé, contexte socioprofessionnel, loisirs (chasse, pêche, bain en eau douce) ;
- un contact : tuberculose, virus (EBV, CMV, VIH), inoculation (griffure de chat) ;
- des antécédents médicaux dont une dermatose (prurigineuse, mélanome).

**L'inspection du revêtement cutané** doit être soignée. On cherche une lésion cutanéomuqueuse dans le territoire de drainage (tableau 1) : plaie, griffure, dermatose inflammatoire, infectieuse, mélanome, chancre... On explore toutes les aires ganglionnaires et on fait un schéma daté avec le siège, la taille des adénopathies (T1 = diamètre < 1 cm, T2 = de 1 à 3 cm, T3 = de 3 à 6 cm, T4 = > 6 cm) en précisant leur consistance, la sensibilité éventuelle et la mobilité (dure, indolore et fixée : redouter un cancer). On palpe la rate.

Il faut également rechercher des signes de compression (dont le syndrome cave supérieur, rare mais péjoratif).

**Attention à ne pas confondre** ganglion et lipome, nodule sous-cutané, neurofibrome, kyste, élément vasculaire, tumeur thyroïdienne (tableau 2). Il est parfois nécessaire de faire une échographie en cas de doute (pour ne pas ponctionner une tumeur vasculaire).

## Bilan complémentaire

En l'absence d'orientation, les examens simples de première intention sont NFS avec frottis sanguin et recherche de syndrome mononucléosique, fibrinogène, CRP, sérologies VIH ( $\pm$  antigène P24), EBV, CMV, toxoplasmose, radio pulmonaire.

On peut également demander une électrophorèse des protéines (recherche d'une gammopathie monoclonale), un immunophénotypage lymphocytaire sanguin (prolifération lymphoïde monoclonale)<sup>3</sup> en cas d'hyperlymphocytose, des anticorps anti-nucléaires si suspicion de maladie

systémique, une sérologie TPHA-VDRL, une IDR à la tuberculine en cas de contact.

**Scanner thoracique et abdominal, mammographie** sont réalisés en l'absence d'orientation, devant des signes généraux faisant craindre une hémopathie ou une adénopathie avec territoire de drainage profond (axillaire, sus-claviculaire).

**La cytoponction** fait parfois le diagnostic (aspiration de pus avec prélèvement envoyé en bactériologie si abcédation). Néanmoins, elle doit être réalisée par un médecin entraîné en raison, notamment, du risque de ponction vasculaire. En aucun cas, elle n'est suffisante pour affirmer ou éliminer un processus néoplasique ou un lymphome. Elle ne doit pas être faussement rassurante ni retarder la biopsie.

**Toute adénopathie dont l'étiologie n'a pu être déterminée** à l'issue du premier bilan et qui persiste plus de 3 semaines doit être biopsiée, en dehors de celles de petites tailles (infracentimétriques), mobiles et non évolutives, cervicales et inguinales.

**La biopsie chirurgicale** est l'exérèse d'un ganglion entier, idéalement le plus volumineux (si possible non inguinal).

TABLEAU 1 TERRITOIRES DE DRAINAGE DES AIRES GANGLIONNAIRES

Siège de l'adénopathie	Territoire de drainage
Pré-auriculaire	Partie supérieure du visage (paupières, yeux)
Rétro-auriculaire	Cuir chevelu, oreille
Sous-maxillaire et jugulo-carotidien supérieur	Oropharynx, anneau de Waldeyer
Jugulo-carotidien moyen et bas	Oropharynx et thyroïde
Occipitales	Cuir chevelu
Sus-claviculaire droite	Médiastin antéro-supérieur, poumons
Sus-claviculaire interne gauche (Troisier)	Abdomen, pelvis, poumon ou testicules
Axillaire	Sein, paroi thoracique et membre supérieur
Épitrochléen	Main et avant-bras
Inguinal	Membre inférieur, périnée (dont organes génitaux externes, canal anal), paroi abdominale

TABLEAU 2 DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS D'UNE ADÉNOPATHIE ISOLÉE

Lipome	Tuméfaction souple ou molle sous la peau, stable, souvent hors territoire ganglionnaire
Hidrosadénite	Inflammatoire, douloureux, superficiel, adhérent à la peau
Masse vasculaire	Pulsatile, sur un trajet vasculaire (carotide, fémoral)
Hernie inguinale	Impulsive à la toux

\* Service de médecine interne, CHU, 35200 Rennes. antoinette.perlat@chu-rennes.fr

## L'ESSENTIEL

- **Causes les plus fréquentes** : infections bactériennes et virales, en particulier chez le sujet jeune et l'enfant.
- **Toujours craindre une néoplasie** (métastase ganglionnaire, lymphome malin), parfois à distance de l'adénopathie (ganglion de Troisier).
- **Un résultat de cytoponction normal** n'est pas rassurant.
- **Toute adénopathie de plus de 1 centimètre**, persistant plus de 3 semaines doit être biopsiée.

## Étiologies infectieuses des adénopathies

### Bactériennes

- Pyogènes (streptocoque, staphylocoque)
- Syphilis
- Tuberculose ganglionnaire et mycobactérioses atypiques
- Maladie des griffes du chat (*Bartonella henselæ*)
- Brucellose
- Maladie de Lyme
- Autres : actinomycose, pasteurellose

### Virales

- Mononucléose infectieuse (MNI)
- Primo-infection VIH
- CMV, rubéole, rougeole, adénovirus, varicelle, parvovirus B19, herpès

### Parasitaires

- Toxoplasmose
- Leishmaniose viscérale
- Trypanosomiase africaine
- Filariose lymphatique

### Fongique

- Histoplasme (immunodéprimé)

**La biopsie radioguidée (par échographie ou scanner)** est moins invasive et parfois plus rapidement réalisable sous anesthésie locale. Elle permet de faire des prélèvements de bonne qualité.<sup>2</sup>

Le ganglion doit être divisé stérilement lors du geste, et non fixé, pour analyse microbiologique, cryopréservation (en vue d'étude ultérieure en immunohistochimie, immunophénotypage et/ou biologie moléculaire) puis fixé pour analyse anatomopathologique.

## Adénopathies cervicale et sus-claviculaire

On examine l'état dentaire. On cherche des signes d'inflammation dans la cavité buccale, des lésions de grattage ou néoplasiques au niveau du cuir chevelu.

Un examen ORL (et éventuellement stomatologique) est demandé en cas d'adénopathies cervicales isolées, sans cause.

**Diagnostiques différentiels** : reliefs osseux (côte cervicale), hypertrophie des glandes salivaires, kystes (d'origine branchiale, du tractus thyroïdienne, dermoïdes), élément vasculaire (glomus ou anévrisme carotidien), tumeur thyroïdienne, parotidienne.<sup>1</sup> **Peuvent être en cause** des lésions cutanées (cuir chevelu ++) infectieuses ou néoplasiques (buccale, ORL, thyroïde, œsophage) dans la zone de drainage.

Si ganglion de Troisier (sus-claviculaire interne gauche), évoquer une pathologie de la cavité abdominale, du poumon ou des testicules.

En cas d'adénopathie sus-claviculaire droite : redouter une atteinte du médiastin antéro-supérieur ou des poumons (lymphome de Hodgkin ou non hodgkinien et sarcoïdose notamment).

## Autres territoires

**Aillaire.** Il faut rechercher des anomalies au niveau des seins, de la paroi thoracique et du membre supérieur. Diagnostiques à évoquer : cancer du sein (homme et femme) et réaction à corps étranger (prothèse mammaire).

**Inguino-crural.** On élimine une hernie crurale, une artère fémorale calcifiée ou anévrismale. La cause peut être une infection du périnée, de la paroi abdominale, génitale : syphilis (chancres syphilitiques au niveau du gland, du prépuce chez l'homme, des grandes lèvres chez la femme), autres maladies sexuellement transmissibles (herpès, *Chlamydia trachomatis*...), une tumeur cutanée maligne du membre inférieur parfois atypique par son aspect (achromique) ou sa localisation (sous-unguéal). Il faut également rechercher des signes de compression (dont le syndrome cave inférieur).

**Épitrachéen.** Outre les infections au niveau de la main et de l'avant-bras, il faut évoquer la maladie des griffes du chat (ou autre pathologie d'inoculation), une hémopathie, une sarcoïdose ou une syphilis. Penser également aux mycobactéries non tuberculeuses de l'enfant.

**Une adénopathie superficielle isolée**, quelle que soit sa localisation, fait évoquer : adénite à pyogène (streptocoque, staphylocoque, surtout chez l'enfant de moins de 5 ans), mélanome, mycobactérie tuberculeuse ou non (surtout chez l'enfant de moins de 5 ans), maladie des griffes du chat, tularémie, pasteurellose.

## Causes des poly-adénopathies<sup>3</sup>

**Les étiologies infectieuses classiques** (encadré) sont la MNI (avec généralement angine et asthénie marquée) et la toxoplasmose, asymptomatique dans plus de 80 % des cas. Les formes symptomatiques associent fièvre, asthénie et adénopathies. Elles sont plus volontiers cervicales (adénopathie unique ou poly-adénopathies cervicales postérieures et sous-angulo-maxillaires), peu volumineuses, mais les autres territoires peuvent être atteints.

Il faut également penser systématiquement à la primo-infection par le VIH (poly-adénopathies d'abord cervicales avec parfois une splénomégalie).

**Parmi les hémopathies** : lymphome hodgkinien et non hodgkinien, LLC, maladie de Waldenström, leucémies aiguës lymphoblastiques (surtout chez l'enfant).

**Des maladies de système** peuvent être en cause : lupus, polyarthrite rhumatoïde, maladie de Still, Gougerot-Sjögren, vascularite, sarcoïdose, Kawasaki chez l'enfant.

**Plus rarement, il peut s'agir d'une hypersensibilité médicamenteuse** : aminopénicillines et dérivés, céphalosporines, sulfamides, phénytoïne, carbamazépine, allopurinol, AINS, réaction post-vaccinale (BCG). ●

### RÉFÉRENCES

1. Grosbois B, Perlat A. Adénopathies cervicales. Quand demander une biopsie ? Concours Med 2009;131:45-7.
2. De Kerviler E, Benet C, Brière J, de Bazelaire C. Image-guided needle biopsy for diagnosis and molecular biology in lymphomas. Best Pract Res Clin Haematol 2012;25:29-39.
3. Barrier JH, Hamidou M, Gaillard F, Raffi F. Adénopathies. In: Rousset H, Vital-Durand D, Dupond JL, Pavic M, eds. Diagnostiques difficiles en médecine interne, 2<sup>e</sup> ed. Paris: Maloine; 1999: 25-38.