

Adénopathies*

M. Krause^a, W. Schwizer^b

Introduction

Les adénopathies sont fréquentes dans la pratique quotidienne. Elles peuvent être découvertes soit par le médecin au cours de l'examen clinique, soit par le patient lui-même. En effet, il n'est pas rare qu'un patient consulte le médecin parce qu'il a découvert un «ganglion» et se demande avec inquiétude si ce ganglion n'est pas l'expression d'une pathologie plus grave. En règle générale, les adénopathies peuvent être attribuées à un processus inflammatoire et/ou infectieux du territoire de drainage du ganglion. La situation devient plus complexe quand le médecin ne décèle pas de pathologie dans ce territoire et doit décider d'attendre ou de passer à des investigations plus invasives. Cet article présente d'abord des pistes quant à l'examen clinique des ganglions lymphatiques, puis une discussion des diagnostics différentiels les plus importants, et enfin un algorithme des investigations à effectuer devant une adénopathie localisée.

Examen clinique

Le terme peu spécifique d'«adénopathie» recouvre les diverses pathologies des ganglions lymphatiques et désigne des ganglions augmentés de volume, douloureux ou pas et/ou de consistance anormalement dure. Une palpation soigneuse des aires ganglionnaires est la méthode la plus simple pour détecter des adénopathies. Avec de bonnes connaissances anatomiques et une technique de palpation éprouvée, on peut palper des ganglions lymphatiques de 1 cm de diamètre déjà [1]. En fait, la meilleure

technique de palpation consiste à s'attendre à trouver des ganglions pathologiques et à se convaincre, au fur et à mesure de la palpation, qu'il n'y en a pas. Plus ils sont profonds, plus leur palpation est difficile. Parmi les techniques d'imagerie, l'échographie effectuée par des mains expertes donne des résultats supérieurs à ceux de l'examen clinique, mais elle est plus fastidieuse. Par ailleurs, des ganglions lymphatiques de taille normale ne sont pas visibles à l'échographie [2]. Le scanner donne plus de renseignements sur les ganglions profonds. Par contre, il est intéressant de noter que l'imagerie par résonance magnétique n'a pas livré plus d'informations que l'examen clinique lors de la recherche de métastases cervicales de tumeurs de l'oropharynx [3].

Une adénopathie se caractérise par: 1) sa taille, 2) sa consistance, 3) son aspect douloureux, 4) sa mobilité (fig. 1). La taille s'exprime en centimètres et dans les trois dimensions (par ex. 2×3×3 cm). Les comparaisons de tailles avec des œufs de différents types d'oiseaux ou avec des fruits ne sont plus très appréciées et elles ne permettent pas un suivi précis de l'évolution. Toutefois, nous reconnaissons que ces comparaisons très parlantes étaient presque aussi précises que les évaluations en centimètres parce que, d'une part, les tissus cutané et sous-cutané compliquent l'évaluation précise des ganglions et que, d'autre part, leur profondeur ne peut qu'être estimée. Du point de vue de la consistance, un ganglion lymphatique augmenté peut être soit dur soit mou. Les ganglions indurés ou pierreux sont typiques des métastases, tandis que les ganglions infectieux et/ou inflammatoires sont en général mous [1]. Une consistance intermédiaire se rencontre dans la tuberculose, la sarcoïdose ou les lymphomes malins. Par rapport à la douleur, la règle de base est la suivante: les ganglions lymphatiques sont indolores dans les métastases et les lymphomes, par contre ils sont douloureux dans les pathologies inflammatoires et/ou infectieuses. Quant à la mobilité, les ganglions des processus inflammatoires et/ou infectieux chroniques adhèrent aux tissus environnants, de sorte qu'ils ne sont pas mobiles par rapport à la peau et aux tissus plus profonds et que des fistules peuvent même apparaître. Les lymphomes et les métastases se limitent généralement (mais pas toujours) à la structure du ganglion, c'est pourquoi les ganglions lymphatiques atteints restent le plus souvent mobiles.

Les aires ganglionnaires accessibles à la palpa-

* Version remaniée du workshop qui s'est tenu pendant le cours de formation continue de la SSIM en avril 2001 à St.Gallen

^a Medizinische Klinik, Kantonsspital Münsterlingen

^b Praxis FMH Innere Medizin, Bodanstr. 8, 8280 Kreuzlingen

VCA = Virus-Capsid-Antigen

EA = early antigen

PCR = polymerase chain reaction

PPD-A, -B, -G: purified protein derivative;

A, B = pour M. avium

intracellulaire;

G = pour M. scrofulaceum

Correspondance:

Prof. Dr med. M. Krause

Medizinische Klinik

Kantonsspital

Postfach

CH-8596 Münsterlingen

martin.krause@kttg.ch

Figure 1.

Femme de 73 ans présentant gros paquet ganglionnaire cervical gauche qui s'est développé au cours des derniers mois sans symptôme d'accompagnement. La taille est de 9 × 6 × 4 cm, la consistance est moyennement dure et la palpation indolore. Le conglomérat n'adhère pas aux tissus adjacents et n'est pas mobile lors de la déglutition. Il n'y a pas de pathologie de la cavité buccale. La cytologie a permis de poser le diagnostic de lymphome malin non hodgkinien.



tion se trouvent dans les régions cervicales, axillaires, épitrochléennes (au-dessus du coude) et inguinales. Les ganglions médiastinaux et abdominaux ne peuvent être évalués que par des techniques d'imagerie.

Aires cervicales

La majorité des groupes de ganglions lymphatiques se trouvent dans la région cervicale aux endroits suivants: au-dessous de l'occiput, dans les régions pré-auriculaire et rétro-auriculaire, le long de la mandibule (de l'angle sous-angulo-maxillaire au menton), autour du muscle sterno-cléido-mastoïdien (antérieurs, internes et postérieurs) et dans le creux sus-claviculaire. Des ganglions lymphatiques agrandis et douloureux sont fréquents dans la région sous-angulo-maxillaire parce qu'ils drainent les amygdales palatines et le pharynx. Ils ne sont pas toujours faciles à différencier des glandes sous-mandibulaires. Par contre, des ganglions lymphatiques sus-claviculaires palpables sont pathologiques. De manière générale, les ganglions lymphatiques de la région cervicale peuvent facilement être confondus avec d'autres structures nodulaires. En cas de doute, l'échographie peut différencier les ganglions de glandes salivaires, de lipomes, de kystes, de nodules thyroïdiens ou d'autres tumeurs. Précisons que les nodules qui se déplacent lors de la déglutition sont toujours thyroïdiens.

Aires axillaires

Pour une exploration optimale des ganglions lymphatiques axillaires, il faut que le bras soit en légère abduction. Les ganglions forment des groupes le long du muscle grand pectoral, du muscle grand dorsal, des tendons bicipitaux et au sommet de la pyramide axillaire. Des ganglions lymphatiques axillaires palpables sont à considérer comme pathologiques. Les nodules axillaires correspondent très souvent à une inflammation des glandes sudoripares qui deviennent alors dures. Comme elles ne sont pas mobilisables par rapport à la peau, elles sont faciles à différencier des ganglions lymphatiques.

Aires épitrochléennes

Cette aire ganglionnaire fait rarement partie de l'examen de routine. Elle est interne au niveau du tiers inférieur de l'humérus derrière le muscle biceps. Auparavant, la présence d'adénopathies dans cette région indiquait un stade avancé de syphilis. De nos jours, elle révèle surtout des lésions de la main ou de l'avant-bras; c'est pourquoi ces ganglions sont souvent agrandis dans les abus intraveineux de drogue.

Aires inguinales

Les ganglions lymphatiques qui drainent la région génitale forment une chaîne horizontale le

long de l'arcade crurale. Plus interne et disposé verticalement, le groupe fémoral draine la lymphe de la jambe. Chez les adultes, on palpe très souvent, dans l'aîne, des ganglions lymphatiques discrètement agrandis et assez durs, sans que cela ait une signification pathologique.

Région thoracique

Les ganglions lymphatiques thoraciques ne peuvent pas être palpés. Parmi les techniques d'imagerie, la meilleure méthode pour évaluer les ganglions médiastinaux est le scanner; en effet, la sensibilité de la radiographie du thorax est malheureusement très limitée.

Région abdominale

Dans la cavité abdominale, des ganglions lymphatiques pathologiques ne peuvent être palpés que s'ils sont extrêmement augmentés. Les groupes les plus importants se localisent au niveau de la veine porte, dans le mésentère et dans la région rétropéritonéale. Ce sont l'échographie et le scanner qui permettent le mieux de les évaluer, le scanner étant nettement supérieur à l'échographie.

Investigations

L'examen clinique permet de déterminer facilement si les adénopathies sont isolées ou si elles sont multiples ou généralisées. En outre, une anamnèse ciblée et un examen clinique soigneux permettent très souvent d'établir la cause des adénopathies. Toutefois, dans certains cas, les examens de laboratoire sont utiles pour confirmer un diagnostic clinique douteux. Si malgré tout les doutes persistent, un examen histologique au microscope est absolument nécessaire. La ponction ganglionnaire donne très facilement du matériel qui peut être utilisé, d'une part, pour une analyse cytologique et, d'autre part, pour mettre en évidence un agent pathogène par divers moyens: microscope, PCR (polymerase chain reaction) ou cultures. Cependant, si la situation reste peu claire, une biopsie ganglionnaire doit être effectuée par un chirurgien. Le tableau 1 présente les diagnostics différentiels les plus importants assortis des investigations nécessaires à leur confirmation.

Adénopathie localisée

Il faut toujours évaluer soigneusement le territoire que drainent des adénopathies localisées. Une anamnèse d'herpès labial ou d'angine au décours suffit à expliquer une adénopathie de la région sous-mandibulaire et justifie une attitude d'observation. Une anamnèse de griffure de chat 2 à 3 semaines auparavant est également très importante. Souvent, on ne voit plus la griffure d'origine au moment de l'examen. Les aires ganglionnaires les plus souvent im-

Tableau 1. Diagnostic différentiel des adénopathies.

Pathologie	Examens diagnostiques
Adénite régionale (banale)	Lésion primaire évidente
Syndrome mononucléosique	
Mononucléose	Formule sanguine, anticorps hétérophiles, anticorps anti-VCA / EA
Infection à CMV	Formule sanguine, anticorps anti-CMV, culture de virus dans l'urine
Toxoplasmose	Anticorps de la toxoplasmose
Infection par le VIH	Anticorps anti-VIH
Maladie des griffes du chat	Exposition, anticorps anti-Bartonella, pus stérile / PCR+
Adénites dues aux mycobactéries	Ponction: cytologie/agent pathogène (auramine, Ziehl-Neelson)
M. avium-intracellulare	Ponction/excision pour culture, tests cutanés spécifiques (PPD-A, -B)
M. scrofulaceum	Ponction/excision pour culture, tests cutanés spécifiques (PPD-G)
M. tuberculosis	Ponction/excision pour culture, PPD
Sarcoïdose	Cytologie/biopsie
Lymphome	Cytologie, classification définitive seulement selon biopsie
Métastase	Cytologie

pliquées dans cette pathologie sont les aires cervicales et axillaires. Les ganglions y sont sensiblement augmentés et douloureux. Ces modifications peuvent persister des mois. Actuellement, ce diagnostic se confirme par la présence d'anticorps IgM et IgG spécifiques anti-Bartonella henselae [4]. Mais la spécificité et la sensibilité de ce sérodiagnostic sont encore peu évaluées. La ponction du ganglion ramène du pus qui reste stérile lors de sa mise en culture. Mais il y a la possibilité d'objectiver l'agent responsable grâce à la PCR.

Très proches des adénopathies liées à la maladie des griffes du chat, des infections des ganglions lymphatiques par des mycobactéries peuvent se manifester par des adénopathies dans la région sous-mandibulaire chez les enfants. *M. avium-intracellulare* et *M. scrofulaceum* sont le plus souvent incriminés mais *M. tuberculosis* est également mis en cause chez les adultes [5]. Le liquide ponctionné dans les ganglions lymphatiques révèle, à la fois, les agents pathogènes et des cellules caractéristiques du système de défense; un diagnostic de l'espèce n'est cependant possible que par la culture. Les tests cutanés pour les différentes mycobactéries donnent souvent lieu à des réactions croisées, ce qui limite leur valeur. Une adénite localisée due à *M. avium-intracellulare* ou à *M. scrofulaceum* est en général guérie après l'exérèse chirurgicale du ganglion.

Il faut inspecter soigneusement tant les membres inférieurs en cas d'adénopathies fémorales

que les membres supérieurs et les glandes mammaires en cas d'adénopathies axillaires. En cas d'adénopathies inguinales, il faut rechercher une lésion primaire dans la région génitale. L'herpès génital et le *Treponema pallidum* sont les agents pathogènes les plus souvent impliqués dans les ulcérations génitales accompagnées d'adénopathies. En cas de suspicion d'adénopathie métastatique dans la région cervicale, il est particulièrement important de palper la cavité buccale et la langue. Les carcinomes sont beaucoup plus faciles à détecter à leur dureté qu'à repérer à l'œil.

Adénopathies généralisées

Lorsque plusieurs aires ganglionnaires sont touchées, il faut penser aux infections systémiques ou à un cancer généralisé. Dans les infections systémiques, il y a la mononucléose, l'infection à cytomégalovirus, la toxoplasmose et l'infection par le VIH qui ne peuvent être diagnostiquées qu'à l'aide d'examens de laboratoire complémentaires. Ces infections sont souvent accompagnées des symptômes et des signes suivants: fièvre, fatigabilité extrême, splénomégalie, élévation des enzymes hépatiques. Commençons par discuter la mononucléose qui n'est pas toujours facile à différencier d'une atteinte maligne du système lymphatique. La mononucléose se manifeste généralement par une pharyngite avec des amygdales recouvertes de fibrine, et des pétéchies sur le palais. Les ganglions lymphatiques ne

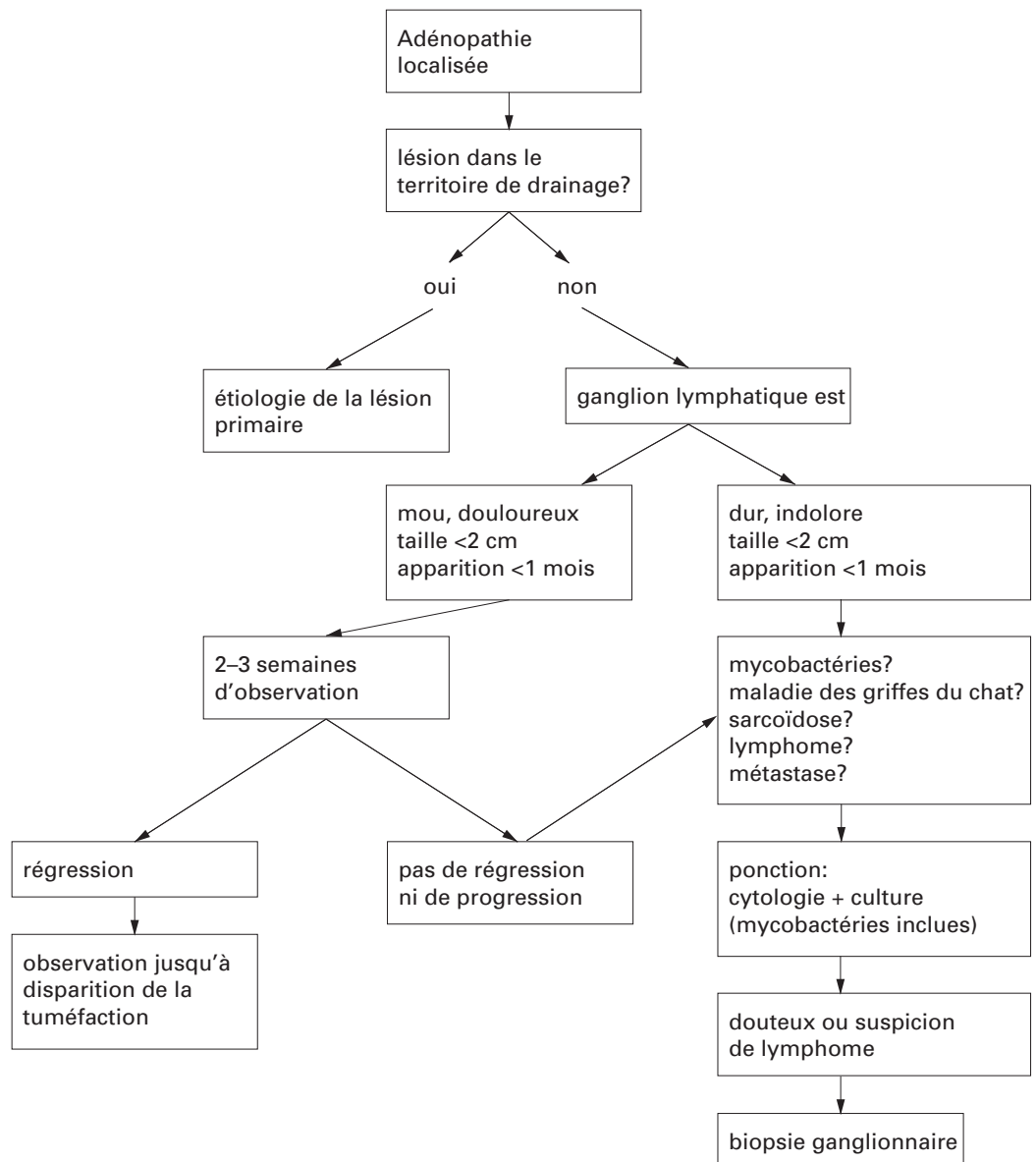
sont pas seulement augmentés dans la région sous-angulo-maxillaire mais aussi dans d'autres aires. C'est cela qui différencie l'angine de la mononucléose d'une pharyngite virale ou à streptocoques; en effet, dans ces dernières, seuls les ganglions locaux sont touchés. La formule sanguine montre souvent – mais pas toujours – des lymphocytes «atypiques», activés. La mise en évidence d'anticorps hétérophiles, c'est à dire d'anticorps anti-érythrocytes de mouton ou de cheval, est simple et très utile, même si la spécificité et la sensibilité de ce test sont à peine supérieures à 75% et que ces anticorps ne sont souvent positifs que quelque temps après le début de la maladie. Les sérologies peuvent révéler d'abord des anticorps IgM anti-VCA (Viral Capsid Antigen) et plus tard des IgG [6]. Parfois, les anticorps anti-«early antigen» (EA) apportent une aide précieuse. La symptomatologie de l'infection aiguë à cyto-

mégalo-virus ressemble à celle de la mononucléose. La pharyngite est moins intense, le sentiment d'être malade moins fort. La fièvre est le signe d'accompagnement le plus fréquent. Les anticorps hétérophiles sont négatifs [7]. Ce sont la mise en évidence d'IgM anti-CMV ou d'une séroconversion IgG qui permettent de poser le diagnostic. Dans la plupart des cas, on réussit à objectiver directement le virus dans les cultures d'urine [7].

La toxoplasmose aiguë peut entraîner des adénopathies généralisées. Comme dans la mononucléose et dans l'infection à cytomégalo-virus, le frottis sanguin révèle la présence de lymphocytes atypiques. Le diagnostic est sérologique. Des anticorps IgM et/ou une séroconversion IgG prouvent que l'infection est récente [8].

Suite à une infection aiguë par le VIH, des adénopathies généralisées chroniques se dévelop-

Figure 2. Algorithme d'une adénopathie localisée.



Quintessence

- Les adénopathies sont fréquentes. Dans de nombreux cas, l'anamnèse et l'examen clinique suffisent à éclaircir leur étiologie.
- L'examen d'une adénopathie comprend l'évaluation de sa taille, de sa consistance, de son caractère douloureux et de sa mobilité. En général, les métastases et les lymphomes sont durs et indolores, les processus infectieux ou inflammatoires mous et douloureux.
- Il est important de déterminer si l'adénopathie est localisée ou généralisée. Dans les adénopathies localisées, il faut chercher un processus tumoral ou inflammatoire dans la territoire de drainage du ganglion.
- Si plusieurs aires ganglionnaires sont augmentées de volume, il faut penser aux lymphomes malins, aux métastases, aux tumeurs solides et aux infections, par exemple la mononucléose, l'infection à cytomégalovirus, la toxoplasmose et l'infection par le VIH.
- Les adénopathies douteuses, qui ne régressent pas après 2-3 semaines d'observation ou qui éveillent tout de suite une suspicion d'atteinte maligne, sont à investiguer par une ponction ganglionnaire et/ou une biopsie chirurgicale.

pent chez beaucoup de patients. Les ganglions lymphatiques peuvent atteindre 2 centimètres de diamètre et sont généralement indolores. Ils peuvent persister des mois, voire des années, avant que la phase des infections opportunistes (SIDA) ne commence [9]. Le diagnostic de l'infection par VIH est sérologique. Si un groupe ganglionnaire augmente de volume rapidement, il faut exclure un lymphome malin.

Cas douteux: ponction et biopsie ganglionnaires

Des investigations supplémentaires se justifient quand: 1) une adénopathie dure plus d'un mois sans pathologie reconnaissable dans le territoire de drainage; 2) le volume d'une adénopathie augmente; 3) des adénopathies généralisées sont présentes. Le tableau 2 donne un algorithme des investigations à effectuer face à une adénopathie localisée. Parfois, il n'est pas possible de déterminer la cause d'une adénopathie sans recourir à des moyens plus coûteux. Sinon le médecin comme le patient ne peuvent pas savoir s'il y a une pathologie maligne sous-jacente. Donc, dans les cas douteux, la règle de base est de toujours procéder à une ponction ganglionnaire, voire à une biopsie ganglionnaire chirurgicale.

La ponction à l'aiguille fine des ganglions lymphatiques est une méthode diagnostique simple. La cytologie permet presque toujours de différencier des processus inflammatoires et/ou infectieux de lymphomes ou métastases (fig. 1). Le matériel obtenu par la ponction peut aussi être mis en culture (mycobactéries incluses). Si la cytologie ne confirme pas le diagnostic, alors la biopsie est indiquée. En effet, seule l'histologie permet de caractériser précisément un lymphome malin puisqu'il faut analyser la structure ganglionnaire. A cause d'artéfacts dus aux écrasements, la qualité d'un échantillon tissulaire est nettement moins bonne lors de punch que lors de la résection complète du ganglion lymphatique. Il vaut donc la peine de privilégier la biopsie chirurgicale par laparoscopie ou par médiastinoscopie même si elle est plus coûteuse.

Références

- 1 Sapira JD. The art and science of bedside diagnosis. The lymph nodes 1st Edition 1990: Williams & Wilkins; 1994. S. 139-44.
- 2 Koischowitz D, Gritzmann N. Ultrasound of the neck. *Radiol Clin North Am* 2000;38:1029-45.
- 3 Hao SP, Ng SH. Magnetic resonance imaging versus clinical palpation in evaluation cervical metastasis from head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;123:324-7.
- 4 Massei F, Messina F, Talini I, Massimetti M, Palla G, Macchia P, et al. Widening of the clinical spectrum of Bartonella henselae infection as recognized through serodiagnostics. *Eur J Pediatr* 2000;159:416-9.
- 5 Wolinsky E. Mycobacterial lymphadenitis in children: a prospective study of 105 nontuberculous cases with long-term follow-up. *Clin Infect Dis* 1995;20:954-63.
- 6 Nadal D. Bekanntes und Neues zur Epstein-Barr-Virus-Infektion. *Ther Umsch* 1998;55:52-6.
- 7 Klemola E, von Essen R, Henle G, et al. Infectious mononucleosis-like disease with negative heterophil agglutination test: clinical features in relation to Epstein-Barr virus and cytomegalovirus and antibodies. *J Infect Dis* 1970;121:608-14.
- 8 Brooks RG, McCabe RE, Remington JS. Role of serology in the diagnosis of toxoplasmic lymphadenopathy. *Rev Infect Dis*. 1987;9:1055-62.
- 9 Murray HW, Godbold JH, Jurica KB, Roberts RB. Progression to AIDS in patients with lymphadenopathy or AIDS-related complex: reappraisal of risk and predictive factors. *Am J Med* 1989;86:533-8.