

DIAGNOSTIC DES ADENOPATHIES SUPERFICIELLES DE L'ENFANT

La découverte d'une adénopathie est une situation fréquente chez l'enfant qui déclenche souvent l'inquiétude des parents et du médecin en raison de la crainte d'une origine tumorale.

Les localisations cervicales et les causes infectieuses sont de loin les plus fréquentes.

DIAGNOSTIC POSITIF :

. Facile à la palpation
. **Diagnostic différentiel** ne se pose quasiment que devant une masse cervicale isolée :

1) MASSE MEDIANE

- Kyste du tractus thyroïdienne
- Kyste dermoïde
- Masse thyroïdienne

2) MASSE LATÉRALE

- Lymphangiome kystique
- Glande salivaire
- Kyste d'une fente branchiale
- Chez un nourrisson < 3 mois, l'hématome du SCM

Les ganglions palpables de petite taille < 1 cm de diamètre, mobiles et indolores sont banals (stimulation antigénique liée à l'âge – ganglions accordéon ou sentinelle).

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE POUR PRÉCISER L'ÉTIOLOGIE

Enquête clinique soigneuse et exhaustive.

1) INTERROGATOIRE :

- Date de la découverte et contexte : ADP depuis 1an, fortuite, douleur...
- Signes associés : état général, température, éruption, sueurs nocturnes, prurit, douleurs osseuses...
- Mode de vie : ingestion de lait cru, présence d'animaux (chat, chien, lapin et cobaye).
- Vaccination : BCG – ROR.
- Traitement reçus : Antibiotiques – Corticoïdes ou AINS.

2) EXAMEN CLINIQUE :

- **Localisation de l'Adénopathie**
 - Axillaire – inguinale : recherche d'une porte d'entrée infectieuse au niveau des membres.
 - Sus claviculaire : TOUJOURS suspicion de néo (attention au cervicaux bas).
 - Pré auriculaire : conjonctivite virale ou Chlamydiae trachomatis
 - Sous maxillaire ou sous mentonniers : infection lèvres, bouche, pharynx

- Occipitales et rétro auriculaire : étiologie virale ou parasitaire (toxoplasmose – rubéole) et portes d'entrées sur le scalp
- - **Caractère de l'Adénopathie**
- Taille – Consistance.
- Isolée ou polyadénopathies

INDOLORES – PETITES – MOBILES → VIRALE

ISOLEE – SENSIBLE – MODIF TEGUMENTS → BACTERIENNE

GROSSE – INDOLORE – DURE → MALIGNITE

- **Recherche de signes infectieux associés**
- Angine, otite, abcès dentaire, gingivo-stomatite.
- Impétigo, lésions cutanée évolutive ou cicatrisée
- BCGite
- **HSM** : étiologie infectieuse généralisée ou néoplasique.
- **Examen général** : diminution poids, température...

3) EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Le plus souvent inutile car diagnostic posé par la simple clinique.

- **BIOLOGIE**
- NFS + plaq, CRP, +/- VS, +/- fibrinogène.
Amylasémie si doute avec glande salivaire.
Séro Toxo – EBV (IgM)

Prélevement de gorge
IDR en fct° contexte

+ rarement initialement et fct° du contexte : sérologie griffe du chat, CMV, adénovirus, rubéole, HIV.

- **RADIOLOGIE**
- RP
Echo adénopathie :
- caractère tissulaire ou liquidien (kystes, abcès ou lymphangiome kystique).
 - Autres adénopathies
- Echo abdominale :
- recherche adénopathies profondes.
 - Lésions hépato- spléniques (griffe du chat).

- **PONCTION GANGLIONNAIRE**
- ACTE Facile – rapide – peu douloureux (Emla +/- Entonox)
 - Technique – habitude:
 - Pincer le ganglion
 - Aiguille (trocart blanc ou IM) sans seringue
 - Peu de lame mais bien étalée
 - Aspiration à la seringue si liquide ou pus (bactério + évacuation)
 - Résultats :

Parfois non contributif = échec
Orientation diagnostique :

▫ PUS : rassurant car infectieux (germes banals, griffes du chat, mycobactéries atypiques...)

▫ SANG : lymphangiome kystique.

▫ EXAMEN CYTOLOGIQUE :

ce n'est pas gglionnaire (ex : kyste dermoïde).

Aspect d'adénite réactionnelle non spécifique.

Aspect orientant vers une toxo, griffe du chat, MNI...

Cellules anormales orientant vers une pathologie maligne primitive (LMNH – Hodgkin) ou secondaire métastatique.

- Indications

Adénopathie inquiétante d'emblée

Adénopathie fluctuante - ponction - diagnostic - ttt

Adénopathie persistante au-delà de 3- 4 semaines et n'ayant pas fait la preuve de son étiologie.

- Au total

« **C'est pas cher et ça peut rapporter gros** »

Evite AG et cicatrice d'une biopsie

- **BIOPSIE OU BIOPSIE EXERESE**

- Indications

Echec de la ponction ganglionnaire

Doute sur une étiologie néoplasique à la PG

Préciser une étiologie maligne

Ex: typage immunologique d'un lymphome; préciser grade d'un Hodgkin...

ETIOLOGIES DES ADENOPATHIES

1) CAUSES INFECTIEUSES

ADENITES A PYOGENES

. Strepto et staph

. Satellites d'une infection ORL ou bucco-dentaire ou d'une plaie infectée

. Clinique : température, ganglions inflammatoires, sensibles, hyperleucocytose à PN à la FNS , CRP élevée

. Traitement : Antibiothérapie : Amoxi.+ Ac clavulanique, oxacilline
Rarement drainage

MYCOBACTERIES ATYPIQUES

. Adénopathies sous-maxillaires, indolores, traînantes

. Pas de contexte infectieux, état général conservé

. Tendance à la fistulisation

. M. Kansaii, avium intra-cellulaire

. Origine très ubiquitaire: sol, eau, viande œuf...

. IDR faible en raison réaction croisée

. diagnostic : IDR, avec Ag spécifiques + mise en culture

. traitement : . anti-inflammatoires inefficaces

. peut être Fluoro-quinolones (ciprofloxacine) ;
nouveaux macrolides (clarythromycine)

. souvent exérèse chirurgicale en raison de la
tendance à la fistulisation, et des adhérences

MALADIE DES GRIFFES DU CHAT

- . Bartonella Henselae (BGN)
- . De + en + fréquente
- . Transmise à partir de morsure ou de griffe de jeune chat (puces du chat) mais aussi chien + objets inertes (épines, échardes, arêtes de poisson)
- . Typiquement 1 à 2 semaines après griffure : papule de 3 à 5 mm, pustule, croûte, régression contemporaine de l'atteinte ganglionnaire
- . L'adénopathie apparaît dans le territoire de drainage de la griffure 3-4 semaines après
- . Localisations : axillaire, épithrochléenne, cervicale, sus-clav ou inguinale
- . Souvent adénopathie unique, taille variable, parfois importante 5 à 10 cm
- . Parfois plusieurs adénopathies dans le même territoire ou des territoires ganglionnaires différents
- . Signes associés inconstants: température, céphalées, syndrome abdominal
- . Evolution lente, spontanée vers la guérison 6-12 mois
- . 10 % fistulisation

Formes atypiques

Atteinte oculaire

- . Conjonctivite unilatérale, oedème paupière, adénopathie pré tragienne
- . Contamination soit par griffure directe soit par frottement des yeux avec mains contaminées

Atteinte hépato-splénique

- . Tableau inquiétant : fièvre +++ > 15 j, altération E.G, hépatoM, crises doulo abdo violentes
- . Adénopathies périphériques inconstantes
- . FNS non contributive ; test inflammation +++
- . Echo abdo : zones hypoéchogènes multiples hépatiques ou spléniques ou des abcès
- . Evolution : spontanément guérison en plusieurs semaines réduite par antibiothérapie

Fièvre prolongée + syndrome abdo + chat à la maison : écho abdo

Atteinte neurologique (rares)

- . Encéphalite aigue ; myélite aigue
- . Paralysie faciale
- . Guérison spontanée

Atteinte osseuse

- . Vertébrales : Rx
Scinti
Biopsie

Diagnostic

- . IDR : stop
- . Séro diag (Elisa) : de + en + fiable ; les Ag utilisés contenant plusieurs sérotypes
- . Recherche directe après amplification des Ag en PCR :
prélèvement ou exérèse ganglionnaire
formes atypiques, sujets immunodéprimés ne fabriquant pas d'AC

Traitement

- . Résultats difficiles à évaluer compte tenu de l'évolution le plus souvent spontanément favorable
- . Les antibiotiques :
 - Macrolides (Erythro) pb tétracycline en Ped
 - Ciprofloxacine
 - Rifampicine
 - Genta IV
 - Cotrimoxazole

Indications du ttt - tendance actuelle

- . Formes purement ganglionnaires et non fébrile : abstention
- . ATB + dans les formes systémiques et les fièvre prolongées avec ou sans HS, chez l'immunodéprimé :
 - enfant > 12 ans : Ciflox 20 à 30 mg Kg/jour : 7/14 j
 - jeune enfant : Erythrocin : 50 mg/Kg/j
 - formes HS : Ciflox ou érythro ; Genta IV puis Bactrim, puis Rifampicine

En Conclusion

- Maladie d'actualité en raisons :
 - . des formes atypiques
 - . des progrès des moyens diagnostiques qui permettent de relier la gravité d'un tableau clinique à une étiologie bénigne

ADENITE TUBERCULEUSE

- . Soit adénite de primo- infection : classiquement pré tragienne, plus rarement axillaire, sus-clav ou inguinale
- . Soit adénite associée à des S. Pulmonaires
- . Diagnostic :
 - . adénite persistante
 - . notion de contagé, pas de vaccination
 - . IDR phlycténulaire
 - . BK à la ponction
 - . tendance à la fistulisation (écrouelles)
- . Traitement : triple ou quadruple antibiothérapie +/- chirurgie

AUTRES CAUSES RARES

- Pasteurellose** : après griffure ou morsure d'animal (chat, chien) ;
24 h - 48 h après cellulite, lymphangite, adénite inflammatoire
ttt : amoxicilline 7 - 10 jours
- Tularémie** après morsure ou griffure de lapins ou de gibier infectés
ulcération de la plaie ; syndrome pseudo-grippal
adénopathies du territoire de drainage
ttt : cyclines

2) ADENOPATHIES D'ORIGINE VIRALE

MNI

- . Diagnostic facile quand contexte évocateur (angine, température, éruption, SM, syndrome mononucléosique)
 - . Parfois diagnostic porté à posteriori devant une ou plusieurs adénopathies ; l'interrogatoire (oedème des paupières)
diagnostic : sero EBV
 - . Formes pseudo-leucémiques
- asthénie,
intérêt de

CMV

- . Le plus souvent asymptomatique (différent chez immunodéprimés)
- . Parfois primo infection sous forme de fièvre prolongée + polyadénopathies superficielles de petite taille

- . Diagnostic : FN : syndrome mononucléosique
séro-diag
virémie +

RUBEOLE

- . Rare depuis vaccin
- . Diagnostic facile : éruption + polyADP occipitales
- . Forme particulière : adénopathie après ROR

VARICELLE - ROUGEOLE - PRIMO-INFECTION HERPETIQUE

- . Facile de rapporter les adénopathies à la maladie au moment de la phase aiguë
- . Problème diagnostique est celui d'adénopathies persistantes plusieurs semaines après la maladie : INTERROGATOIRE

ADENOVIRUS

- . Nombreuses adénopathies cervicales sans caractère inquiétant
- . Diagnostic: contexte d'infection saisonnière ORL ou BP

VIH

- . Le diagnostic peut se poser devant des polyadénopathies traînantes non étiquetées ou au contraire survenant dans le cadre d'épisodes infectieux à répétition
- . Diagnostic orienté par contexte familial et anamnèse
- . Confirmé par séro-diagnostic.

3) ADENOPATHIES D'ORIGINE PARASITAIRE

TOXOPLASMOSE

- . Le plus souvent asymptomatique
- . Soit adénopathie cervicale unique persistante n'évoluant jamais vers la suppuration
- . Soit polyadénopathies cervicales post et sous angulo-maxillaires
Diagnostic : séro-diagnostic (IgM)

LEISHMANIOSE VISCERALE - KALA AZAR

- . Adénopathies + fièvre + splénomégalie +++
Diagnostic : myélogramme.

4) ADENOPATHIES D'ORIGINE TUMORALE

NEOPLASIES DEVELOPPEES A PARTIR D'UN GANGLION

- . maladie de Hodgkin
- . LMNH
- . Lymphome anaplasique à grandes cellules (histiocytose maligne)
- . LA

ADENOPATHIES METASTATIQUES DE TUMEURS MALIGNES LOCO-REGIONALES

- . RMS face et cou
- . Carcinome naso-pharyngé
- . Neuroblastome
- . Carcinomes thyroïdiens
- . Tumeurs germinales

5) ADENOPATHIES AU COURS DES MALADIES DE SYSTEME

- . LED
- . STILL
- . Sarcoïdose (+ médiastin)
- . Histiocytose X
- . Granulomatoses chroniques (bactéricidie)
- . Maladies de surcharge (Gaucher, Niemann Beckwith, Taugier)

6) ADENOPATHIES AU COURS DES DERMATOSES

- . Eczéma
- . Prurigo (cuir chevelu)

7) ADENOPATHIES IATROGENES

- . locale : BCGITE ganglionnaire
diagnostic évident : territoire de drainage du vaccin
dans les 6 mois

traitement : anti-inf inefficace (mycobactérium bovis)
fistulisation assez fréquente : drainage chir.
- . généralisées : traitement par Hydantoïne, carbamazépine, Allopurinol
(maladie sérique)

8) AUTRES ADENOPATHIES

- . Kawasaki : contexte T°++ > 5 j, conjonctivite, chéillite, langue framboisée, éruption polymorphe, desquamation mains et pieds...
- . Wipple
- . Castelman
- . Rosai Dorfman

CONCLUSION

La découverte d'une ou plusieurs adénopathies ouvre un vaste champs de diagnostics possibles

Dans la grande majorité des cas une démarche clinique minutieuse et rigoureuse et quelques examens complémentaires simples permettront de porter le diagnostic.

Il faut affirmer l'origine infectieuse, c'est à dire éliminer une origine tumorale en s'aidant si besoin est , de la ponction ganglionnaire.

Les adénopathies sus-claviculaires , les adénopathies indolores, dures et d'évolution lente sans apparition de signe de collection, sans signe inflammatoire sont à priori non infectieuses et donc suspectes.

Une corticothérapie à l'aveugle ne doit jamais être entreprise sous peine de souiller les examens complémentaires et modifier momentanément l'évolution et de retarder le diagnostic.

L'enfant doit être revu jusqu'à la confirmation du diagnostic et/ou la disparition de l'adénopathie.