

Un bilan «sur mesure» plutôt que d'emblée extensif

Adénopathie au cabinet

Ailsa Craig^a, Stéphane Emonet^{a,b}, Noëlle Junod Perron^{a,c}

^aHôpitaux Universitaires de Genève; ^bInstitut Central des Hôpitaux – Maladies infectieuses – Hôpital du Valais; ^cCentre médical de Lancy

Vignette clinique

Monsieur B.J, patient de 50 ans en bonne santé habituelle, consulte son médecin de famille car il a noté depuis quelques jours la présence d'une nouvelle masse inguinale droite. Elle est ferme, non fluctuante et indolore hormis une gêne à la marche. Cette masse est rapidement identifiée comme une adénopathie inguinale.

Introduction

Souvent bénigne et autorésolutive, l'adénopathie périphérique peut être provoquée par une multitude de pathologies inflammatoires, infectieuses ou tumorales et représente donc souvent un défi diagnostique. La majorité des 600 ganglions présents dans le corps humain se trouvent dans les aires ganglionnaires profondes mais il est fréquent de palper des ganglions infracentimétriques inguinaux, cervicaux ou axillaires chez des sujets sains. Les ganglions sont un organe immunitaire dont le rôle essentiel est de permettre la différenciation et maturation des lymphocytes T et B lors de la réponse immunitaire spécifique. En médecine ambulatoire, l'origine tumorale reste l'exception notamment chez les patients de moins de 40 ans mais elle est une des raisons principales de bilans complémentaires. Une revue de la littérature basée sur la présence d'une adénopathie périphérique chez un patient adulte immunocompétent va être présentée afin de permettre au clinicien d'orienter plus adéquatement le bilan et proposer une prise en charge ciblée. La prise en charge des patients pédiatriques ou immunosupprimés ne sera pas traitée.

Un ganglion est dit pathologique et devient une adénopathie lorsqu'il ne correspond plus aux critères sémiologiques spécifiques à la taille, la localisation, ou la consistance. La majorité des patients examinés en médecine ambulatoire présentent une adénopathie localisée, alors que seul environ 1 patient sur 4 consulte pour une adénopathie disséminée (deux territoires ou plus touchés) [1]. Les adénopathies localisées se trouvent principalement au niveau de la sphère ORL et plus rarement sont inguinales ou axillaires [2]. Le diagnostic change en fonction de la région drainée par l'adénopathie, et une origine systémique est suspectée en priorité lors d'adénopathies disséminées (tab. 1). Il est donc essentiel pour un clinicien face à une adénopathie périphérique de conduire une anamnèse complète et un examen clinique minutieux notamment du territoire drainé par l'adénopathie.

Interrogatoire

L'âge du patient en question est un élément crucial. Dans une étude ancienne, les adénopathies de 628 patients ont été biopsiées et des étiologies bénignes ou autorésolutives ont été mises en évidence chez près de 79% des patients de moins de 30 ans [3]. Cette valeur diminue à 59% pour les patients de 31 à 50 ans et est de seulement 39% pour les patients plus âgés [3]. L'évolution de la taille de l'adénopathie dans le temps doit être recherchée, les adénopathies de taille stable de moins de 2 semaines ou plus de d'une année étant à risque plus faible de néoplasie [4].

Tableau 1: Liste non exhaustive de causes d'adénopathies, adapté de [1].

| | Cause infectieuse | Cause tumorale | Autre |
|--|--|--|--|
| Adénopathie localisée principalement | <ul style="list-style-type: none"> • Infection cutanée de l'aire de drainage • Angine bactérienne • Tuberculose • Chancres (LGV, syphilis, H. ducreyi) • Herpès simplex virus • Tularémie • Maladie des griffes du chat | <ul style="list-style-type: none"> • Métastase • Carcinome de cellules squameuses | <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Kikuchi (rare) |
| Adénopathies disséminées principalement | <ul style="list-style-type: none"> • VIH • EBV • CMV • Toxoplasmose • Syphilis • Brucellose • Leishmaniose | <ul style="list-style-type: none"> • Lymphome non Hodgkinien • Lymphome Hodgkinien • Leucémie | <ul style="list-style-type: none"> • Médicamenteuse (hypersensibilité retardée*) • Hypothyroïdie • Sarcoïdose • Maladie de Still • Lupus érythémateux disséminé • Amyloïdose |

En gras: les causes les plus fréquentes par catégorie. *Notamment: allopurinol, aténolol, captopril, carbamazépine, les céphalosporines, pénicilline, phénytoïne, quinidine et les sulfamidés [5].

La présence de symptômes systémiques de type fièvre, perte de poids de plus de 10% du poids corporel en moins de 6 mois et sudations nocturnes, doit être recherchée afin de permettre à la fois une orientation diagnostique et la détermination du délai raisonnable pour entreprendre le bilan complémentaire. L'association de ces symptômes et d'adénopathies localisées ou généralisées évoque fréquemment une origine tumorale ou une origine infectieuse non-bénigne (HIV, syphilis ou tuberculose par exemple). La présence de ces symptômes justifie un bilan complémentaire rapide. Les maladies sexuellement transmissibles, spécialement les infections à Chlamydia de type LGV et la syphilis, sont une cause fréquente d'adénopathie localisée inguinale ou cervicale ainsi que d'adénopathies généralisées et les risques et symptômes sont à rechercher systématiquement. Le contact avec les animaux devrait être clairement établi (par ex. griffes de chat), de même que d'éventuelles morsures de tique (tularémie). Les voyages font partie intégrante de l'interrogatoire afin de pouvoir spécifiquement rechercher ou exclure certaines pathologies infectieuses (voir tableau 2 dans la version en ligne de cet article sur primary-hospital-care.ch). Les lésions malignes dermatologiques pouvant être à l'origine d'une adénopathie, le clinicien devra rechercher un antécédent de tumeur de la peau ainsi que les facteurs de risque de les développer. Finalement, certains médicaments peuvent être à l'origine d'adénopathie et doivent être recherchés (tab. 1), ainsi qu'une brève anamnèse familiale possiblement évocatrice de risque pour les maladies tumorales ou pour des maladies infectieuses transmissibles.

Dans le cas de Monsieur B.J, le patient ne rapporte pas d'asthénie, ni de symptômes B. Il n'a pas séjourné à l'étranger dans les 10 dernières années. Il ne signale pas de contact avec les animaux hormis 2 morsures de tiques au membre inférieur gauche pour lesquelles il n'avait pas consulté il y a 6 mois. Il a des relations sexuelles non protégées avec une seule partenaire fixe depuis plusieurs années. Il ne prend pas de drogues, ni de traitement. Son anamnèse dermatologique et familiale est sans particularité.

L'examen clinique

Au-delà de la quantification du poids, l'examen clinique porte d'abord sur la masse qui a motivé le patient à consulter: taille, forme, consistance, mobilité. La recherche d'autres adénopathies est essentielle afin de déterminer si le patient présente une adénopathie unique localisée ou plusieurs adénopathies disséminées (aires cervicales, supra-claviculaires, axillaires et inguinales). Un examen abdominal à la recherche d'une splénomégalie devrait être effectué chez tout patient présentant une adénopathie généralisée. Une splénomégalie est plus fréquemment associée à la mononucléose infectieuse mais peut aussi être retrouvée en cas de lymphome, leucémie lymphoïde, leishmaniose ou sarcoïdose [4, 6].

Les aires de drainage des adénopathies sont elles aussi à explorer minutieusement. L'inspection de la peau permet de mettre en évidence une lésion cutanée suspecte pour une origine tumorale ou des signes de surinfection par exemple post traumatique.

Adénopathie localisée de la sphère ORL

Plus de la moitié des patients consultant en médecine générale présentent des ganglions palpables au niveau de la sphère ORL [7]. Le diagnostic différentiel des adénopathies de la sphère ORL est large et dépend des caractéristiques précédemment citées de l'adénopathie ainsi que de sa localisation exacte. La région cervicale antérieure évoquera en premier lieu une origine infectieuse (pharyngite à streptocoques A, abcès dentaire, mononucléose et tuberculose), alors qu'une adénopathie cervicale postérieure est plus typique d'une toxoplasmose ou d'une maladie de Kikuchi [4]. Cette dernière, également appelée lymphadénite histiocytaire nécrosante, est une maladie rare, bénigne et autorésolutive en quelques mois habituellement. Cependant, compte tenu de l'absence d'examen sanguin ou d'imagerie pathognomonique, le diagnostic du Kikuchi est histologique sur la biopsie [8].



Adénopathie localisée axillaire, supraclaviculaire et épitrochléaire

Une infection du membre supérieur ipsilatéral ou une cause tumorale sont les principales étiologies des adénopathies axillaires. Selon une étude publiée en 2012, même si la majorité des cancers du sein sont diagnostiqués suite à la palpation d'une masse dans le sein même, certains cancers séniles occultes sont retrouvés après la palpation d'adénopathies axillaires [9]. Les ganglions axillaires sont également le site de potentielles métastases de tumeurs primaires de multiples organes thoraciques et abdominaux (thyroïde, sein, poumon, estomac, pancréas, rein, ovaire et colon) [10]. Toute masse palpable au niveau supraclaviculaire devrait être d'emblée considérée comme suspecte d'une tumeur maligne et un bilan complémentaire réalisé sans délai. Une origine tumorale est présente chez plus d'un tiers de patients présentant une adénopathie localisée supraclaviculaire [11]. De même, une adénopathie épitrochléaire doit faire rechercher une infection de l'avant-bras, et si elle n'est pas retrouvée, il faut alors penser aux cancers dermatologiques. Il est également recommandé d'effectuer un bilan complémentaire sans délai en cas d'adénopathie localisée épitrochléaire sans cause claire apparente (voir tableau 2 dans la version en ligne de cet article sur primary-hospital-care.ch).

Adénopathie localisée ombilicale, inguinale et poplitée

Les ganglions inguinaux sont fréquemment palpables, et peuvent atteindre jusqu'à 2 cm chez l'adulte sain [6]. Lorsqu'ils présentent des caractéristiques pathologiques, les causes fréquemment retrouvées sont des infections cutanées particulièrement chez les patients qui marchent à pieds nus [12] ou des maladies sexuellement transmissibles (syphilis, Chlamydia (LGV) et HSV notamment). Compte tenu de la fréquence de ganglions inguinaux palpables chez l'adulte sain, le risque de faux négatif lors de biopsies est élevé [13].

Les ganglions poplités ne sont habituellement pas palpables chez les adultes sains et ne sont souvent pas recherchés à l'examen clinique, compte tenu du peu de données scientifiques à ce sujet [14]. S'il est mis en évidence, un ganglion palpable au niveau poplité devrait être considéré comme pathologique et bilanté dans les meilleurs délais.

L'adénopathie ombilicale, aussi appelé nodule de Sœur Marie Joseph est une découverte rare mais souvent tardive d'une tumeur abdomino-pelvienne. Il peut être

douloureux et/ou ulcéré, ou être de découverte fortuite mais doit toujours faire rechercher une tumeur intra abdominale ou gynécologique [15].

A l'examen clinique de Monsieur B.J, une masse inguinale droite au niveau de l'aire ganglionnaire horizontale d'environ 2,5 cm de longueur est mise en évidence. Elle est peu mobile, indolore, et souple. Aucune autre masse n'est palpée sur les autres aires ganglionnaires. L'examen cutané et des organes génitaux externes est sans particularité. L'examen abdominal est également sans particularité.

Bilan et prise en charge

Un bilan complémentaire peut être réalisé si l'origine n'a pas pu être clarifiée ou doit être confirmée. Si, dans plusieurs situations, le bilan devrait être fait dans les plus brefs délais, il existe une situation dans laquelle les recommandations sont en faveur d'une surveillance clinique qui peut durer plusieurs semaines avant qu'un examen complémentaire ne soit indiqué (point 3 du tableau 2). Le tableau 2 (dans la version en ligne de cet article sur primary-hospital-care.ch) propose une prise en charge en fonction de la suspicion clinique initiale et des comorbidités du patient.

Monsieur B.J. a tout d'abord été suivi cliniquement pendant 4 semaines. L'adénopathie inguinale persistant toujours, il n'a pas eu de biopsie ni d'aspiration à l'aiguille fine mais un bilan biologique des pathologies les plus fréquentes à l'origine d'une adénopathie inguinale qui a permis de mettre en évidence une infection récente à *Bartonella henselae*. Un traitement d'azithromycine pour 5 jours a permis de faire rapidement disparaître l'adénopathie. Les sérologies n'ont pas été répétées à distances – compte tenu de la fréquence des faux positifs, la répétition de la sérologie montrant une augmentation de > de 4 dilutions quelques semaines plus tard aurait permis de documenter une séroconversion. L'anamnèse a soigneusement été reprise avec le patient mais aucun contact avec un chat ou chien n'a pu être mis en évidence. Cependant, Monsieur B.J. a rapporté des morsures de tiques une semaine avant le début des symptômes, et une transmission de la maladie des griffes du chat directement de tique à humain à la suite d'une morsure de tique reste théoriquement possible même si exceptionnelle [19]. L'incubation moyenne est de 19 jours [20] mais des durées entre 3 à 50 jours sont retrouvées dans la littérature [21].

Crédit photo

© Aleksandr Stepanov | Dreamstime.com

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch.

Correspondance:
Dr méd. Noëlle Junod Perron
Service de médecine de
premier recours
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
CH-1205 Genève
[noelle.junod\[at\]hcuge.ch](mailto:noelle.junod[at]hcuge.ch)