

# ADÉNOPATHIES SUPERFICIELLES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

Adulte

Dr Guillaume Morel<sup>1</sup>, Dr Isabelle Oddou<sup>2</sup>, Dr Luc-Matthieu Fornecker<sup>1</sup>

1. Service d'hématologie et d'oncologie, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, France

2. Service d'imagerie diagnostique et interventionnelle viscérale, ORL et mammaire, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, France  
[luc-matthieu.fornecker@chru-strasbourg.fr](mailto:luc-matthieu.fornecker@chru-strasbourg.fr)

## objectifs

Devant une ou des adénopathies superficielles, **ARGUMENTER** les principales hypothèses diagnostiques et **JUSTIFIER** les examens complémentaires pertinents.

La découverte d'une adénopathie superficielle est un motif fréquent de consultation médicale, pouvant survenir à tout âge. Du ganglion bénin à l'adénopathie infectieuse en passant par le spectre oncologique et notamment des hémopathies malignes, il existe un vaste champ diagnostique. Bien souvent un interrogatoire et un examen clinique solides permettent d'orienter le clinicien.

### Interrogatoire

Il doit comprendre : l'âge, les antécédents personnels et familiaux (antécédents de cancers), le mode de vie (activité professionnelle, loisirs, conduites à risque telle qu'une toxicomanie ou des rapports sexuels à risque, contact avec des animaux/griffures, voyages...) ainsi que les prises médicamenteuses.

On s'attache ensuite à recueillir précisément l'histoire de la maladie : antécédents d'adénopathies, circonstances de découverte, date d'apparition des premiers signes, siège exact, association ou non à d'autres localisations, caractère rapidement évolutif ou chronique. Il faut également se concentrer sur les signes associés (autre syndrome tumoral, lymphangite ou signes inflammatoires locaux, recherche d'une porte d'entrée infectieuse) ainsi que sur la recherche d'un retentissement fonctionnel notamment en cas de phénomène compressif (apparition d'un œdème, douleur, impotence fonctionnelle).

Enfin, on s'intéresse aux signes généraux : fièvre, asthénie, anorexie, perte de poids, sueurs nocturnes, arthralgies, conjonctivite... et on précise la chronologie par rapport à l'apparition de l'adénopathie.

### Examen clinique

#### Inspection

L'inspection permettra d'affirmer la présence d'une tuméfaction et d'en préciser le siège (**fig. 1**).

Elle permet également d'apprécier :

- les signes locaux : aspect inflammatoire de la peau en regard, rétractions cutanées ;
- les signes régionaux : porte d'entrée dans la zone de drainage (griffures/morsures, panaris, point de ponctions veineuse en cas de toxicomanie), lymphangite, phénomènes compressifs avec des complications neurologiques (déficits moteurs) ou veineuses (œdèmes pouvant être asymétriques, circulation collatérale, syndrome cave supérieur) ;
- les signes généraux : altération de l'état général, signes de sepsis grave, sueurs ou lésions de grattage (en cas d'hémopathie maligne).

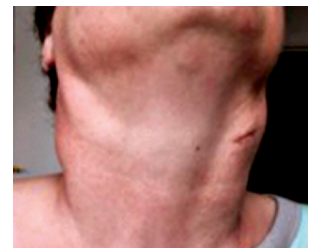


FIGURE 1 Adénopathies cervicales bilatérales d'un lymphome agressif.

#### Palpation

On parle d'adénopathie en cas de dimension supérieure à 1 cm. Mais ce n'est pas le seul élément à prendre en compte pour affirmer le caractère pathologique de l'adénopathie. Là encore, l'examen est localisé, concentré sur le caractère de l'adénopathie, puis général.

Le patient est d'abord examiné assis au bord du lit afin de palper les aires ganglionnaires cervicales, sus-claviculaires et axillaires (le médecin se plaçant dans le dos du sujet), puis couché pour l'abord des aires ganglionnaires inguinales et pour l'appréciation du syndrome tumoral profond (notamment la recherche d'une hépato-splénomégalie). Chaque aire ganglionnaire draine un territoire précis (**tableau 1**).

Sur le plan local, il faut déterminer :

- le siège exact ;
- le caractère isolé ou regroupé en amas ganglionnaire ;
- les dimensions (prendre un mètre ruban) en essayant de déterminer si les limites sont nettes ou au contraire difficiles à préciser ;
- l'existence d'une douleur à la palpation ;
- le caractère ferme ou plutôt souple, la recherche d'un empâtement local. Ainsi, une adénopathie inflammatoire, douloureuse à la palpation avec un empâtement local et parfois même associée à une fistule cutanée est quasi pathognomonique d'une origine infectieuse ;
- la mobilité par rapport aux plans profonds.

Sur le plan général, on recherche les signes de compression et un syndrome tumoral associé : adénopathies dans d'autres aires ganglionnaires, hépato-splénomégalie, examen de l'anneau de Waldeyer, masse tumorale correspondant à un processus tumoral d'un organe solide.

En cas de doute, ne pas hésiter à compléter l'examen par des touchers pelviens ainsi qu'un examen des organes génitaux externes.

Ces différents éléments permettent de réaliser un schéma daté, utile au suivi clinique ultérieur.

TABLEAU 1

### Territoires de drainage des aires ganglionnaires superficielles

Adénopathies	Territoire drainé
Cervicales	Oreilles, cuir chevelu, sphère ORL
Jugulo-carotidiennes	Sphère ORL, thyroïde
Sus-claviculaires	Tête, membres supérieurs, poumons/médiastin, régions mammaire et thoracique. Le ganglion de Troisier (sus-claviculaire gauche) draine tous les viscères abdominaux
Sous-maxillaires	Sphère ORL
Axillaires	Membres supérieurs, régions mammaire et thoracique
Inguinales	Pelvis, membres inférieurs

### Diagnostiques différentiels à éliminer

Ce sont :

- à tous les niveaux : lipome, neurinome, fibrome, abcès ;
- au niveau cervical : glandes salivaires, glomus carotidien, kyste thyroglosse, kystes branchiaux, nodule thyroïdien, os hyoïde ;
- au niveau axillaire : hydrosadénite ;
- au niveau inguinal : hernie, anévrisme, kyste du cordon, hydrosadénite.

### Principales causes

#### Origine infectieuse

##### 1. Adénopathie unique dans un territoire de drainage

**Adénopathie à pyogènes** : ce sont des infections principalement à cocci Gram positif et notamment au groupe des staphylocoques et streptocoques. Les signes inflammatoires loco-régionaux voire généraux sont au premier plan. Il faut rechercher attentivement une porte d'entrée. Le traitement comporte les soins locaux du foyer d'origine, un drainage en cas de collection ainsi qu'une antibiothérapie systémique de type pénicilline ou glycopeptide en cas de germes résistants aux pénicillines (séjours hospitaliers, traitement adapté à l'identification microbiologique et l'antibiogramme).

**Pathologies d'inoculation** : c'est principalement la maladie des griffes du chat. Il existe alors un contexte évident : morsure ou griffure par un chat (mais parfois également par la morsure d'une puce du chat, la porte d'entrée étant alors plus difficile à déterminer). L'agent en cause est *Bartonella henselæ*, bacille Gram négatif. Le temps d'incubation est d'environ deux semaines. La clinique associe alors un état subfébrile, une adénopathie d'allure infectieuse mais plutôt chronique (2-4 mois). Le diagnostic repose sur une biopsie-exérèse de l'adénopathie mettant en évidence une lymphadénite nodulaire abcédée complétée par une culture et une PCR spécifiques pour identification de *B. henselæ*. Un test sérologique peut également être pratiqué. L'azithromycine est le traitement de référence. D'autres maladies d'inoculation sont également possibles, citons notamment la pasteurellose (par morsure ou griffure de chat ou de chien), la tularémie (gibiers), la rickettsiose...

**Maladies sexuellement transmissibles** : ce sont :

- la syphilis, due à *Treponema pallidum*. Au moment de la phase primaire, l'adénopathie est satellite du chancre syphilitique. Elle est alors souvent unique et volumineuse, non inflammatoire et indolore. Dans les formes disséminées, les adénopathies sont alors plus volontiers généralisées. Le diagnostic est avant tout sérologique ;
- le chancre mou, secondaire à une infection à *Haemophilus ducreyi*, avec présence d'adénopathies inguinales inflammatoires et d'ulcérations multiples ;
- la maladie de Nicolas-Favre ou lymphogranulomatose vénérienne. Cliniquement il est retrouvé une adénopathie le plus souvent

## POINTS FORTS À RETENIR

### Distinction entre adénopathie tumorale et infectieuse

#### Adénopathie tumorale

- Peut être volumineuse
- Persistante (supérieure à 1 mois)
- Absence de porte d'entrée infectieuse associée
- Consistance ferme
- Non douloureuse et non inflammatoire
- Parfois limites difficiles à préciser
- Cas particulier du ganglion de Troisier
- Associée à un syndrome tumoral
- Prurit, sueurs nocturnes souvent en cas d'hémopathie maligne
- Altération de l'état général

#### Adénopathie infectieuse

- Inflammation locale : rougeur, chaleur, douleur
- Empâtement
- Fistulisation possible
- Présence d'une porte d'entrée dans la zone de drainage
- Lymphangite associée
- Fièvre, signes de sepsis

### Bilan devant une polyadénopathie

#### Bilan de première intention devant des poly-adénopathies

- Hémogramme
- Protéine C réactive, vitesse de sédimentation
- Sérologies VIH, virus d'Epstein-Barr, TPHA-VDRL (*Treponema palladium hemagglutination assay-venereal disease research laboratory*), toxoplasmose
- Radiographie thoracique, échographie abdomino-pelvienne, scanner thoraco-abdomino-pelvien d'emblée selon contexte



cervicales, unilatérales et volumineuses, peu inflammatoires et évoluent parfois vers une fistulisation cutanée. Le diagnostic peut être aiguillé par l'imagerie, mais repose avant tout sur une ponction-biopsie de l'adénopathie avec examen direct et culture, voire PCR. L'intradermoréaction tuberculinique ou la détection de la production d'Interféron gamma peuvent également être utiles. Il faut penser à rechercher d'autres localisations tuberculeuses ainsi qu'une immunodépression sous-jacente. Le traitement repose sur une quadrithérapie antituberculeuse prolongée. Lorsque ce sont des mycobactéries atypiques, il s'agit d'infections à *Mycobacterium avium* ou *scrofulaceum*.

### 2. Adénopathies multiples

**Origine virale** : ce sont :

- le VIH, au stade de primo-infection ou au stade chronique, sous forme de polyadénopathies disséminées, de petite taille, indolores. Penser à la possibilité d'un lymphome en cas d'adénopathies asymétriques et de croissance rapide ;
- le virus d'Epstein-Barr (EBV) : la mononucléose infectieuse, correspondant à la primo-infection, associée classiquement des adénopathies de petite taille (plus volontiers cervicales), une asthénie, une angine pseudo-membraneuse, voire une splénomégalie. Biologiquement il existe un syndrome mononucléosique et le diagnostic repose sur la sérologie ;
- les autres viroses : cytomégalovirus (CMV), rubéole, viroses saisonnières...

**Toxoplasmose** : dans sa forme classique, elle associe des polyadénopathies de petite taille surtout cervicales avec un tableau pseudo-grippal. Le diagnostic est sérologique.

## Cancers et hémopathies

### 1. Hémopathies malignes

**Lymphomes non hodgkiniens** : les lymphomes agressifs sont à évoquer devant une ou plusieurs adénopathies d'allure tumorale, volontiers volumineuses et asymétriques et de développement rapide. Elles peuvent être responsables de phénomènes compressifs. Par ailleurs, s'y associent généralement des signes généraux tels qu'une altération de l'état général, des sueurs nocturnes ou un prurit. Parmi ces hémopathies, nous retrouvons principalement les lymphomes B diffus à grandes cellules, le lymphome de Burkitt, ainsi que des lymphomes T. Il peut aussi s'agir de lymphomes indolents, dont le lymphome folliculaire. Les adénopathies sont d'allure tumorale, de taille variable, de croissance souvent lente (plusieurs mois), plus rarement responsables de phénomènes compressifs. Un traitement est institué en cas de forte masse tumorale ou de retentissement local (compressions) ou général. D'autres lymphomes entrent dans cette catégorie comme les lymphomes de la zone marginale ou les lymphomes lympho-plasmocytaires, par exemple.

**Lymphome de Hodgkin** : les caractéristiques sont semblables aux lymphomes non hodgkiniens. L'évolution des adénopathies est le plus souvent lente. Des douleurs après ingestion d'alcool peuvent être signalées par les patients.

unilatérale, inflammatoire et douloureuse, évoluant vers une fistulisation cutanée. Le germe responsable est *Chlamydia trachomatis*.

**Mycobactéries** : ce sont le plus souvent des infections à *Mycobacterium tuberculosis* dans sa forme ganglionnaire, au stade de tuberculose maladie. Les adénopathies sont le plus souvent

**Leucémie lymphoïde chronique (LLC) ou lymphome lymphocytaire :** la distinction entre ces deux entités étant faite sur le nombre de lymphocytes B clonaux circulants, supérieurs à 5 000/mm<sup>3</sup> dans le cas d'une leucémie lymphoïde chronique. Le syndrome tumoral, s'il est présent, est alors fait de polyadénopathies ayant un caractère symétrique. Se méfier particulièrement, chez un patient porteur d'une leucémie lymphoïde chronique, d'une adénopathie augmentant rapidement de taille, asymétrique par rapport aux autres localisations. Il faut alors évoquer un syndrome de Richter, correspondant à la transformation en lymphome agressif. Le diagnostic est affirmé par l'examen anatomo-pathologique.

**Autres hémopathies :** d'autres hémopathies peuvent être responsables de polyadénopathies superficielles, notamment la leucémie aiguë lymphoblastique. Les signes généraux seront alors au premier plan associés à des signes d'insuffisance médullaire (syndrome anémique, hémorragique et infectieux). Beaucoup plus rarement, des adénopathies peuvent se rencontrer dans le cas de leucémies aiguës myéloblastiques ou d'une leucémie myéloïde chronique.

## 2. Tumeurs solides

Les adénopathies dans les tumeurs solides correspondent au stade N+ de la classification TNM. Elles sont d'allure tumorale, de taille variable, parfois responsables de phénomènes compressifs. Elles seront alors le plus souvent présentes dans la zone de drainage de l'organe atteint (**tableau 1**).

Le ganglion de Troisier est une localisation particulière, correspondant à une dissémination lymphatique *via* le canal thoracique, drainant les organes abdominaux. Sa palpation se fait au niveau du creux sus-claviculaire gauche.

## Maladies inflammatoires

Des adénopathies superficielles peuvent être retrouvées dans environ 20 % des cas de sarcoïdoses, en général d'allure non inflammatoire. Il faut alors systématiquement rechercher des adénopathies profondes et les atteintes pouvant engager le pronostic vital.

On peut également les retrouver dans le lupus, la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Gougerot-Sjögren ou encore dans la maladie de Still. Chez l'enfant, le syndrome de Kawasaki associe fièvre, polyadénopathies, atteintes cutanée, muqueuse et conjonctivale.

## Causes médicamenteuses

Parmi elles :

- la prise d'hydantoïnes.
- le syndrome de DRESS (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*), correspondant à une toxidermie grave. Tout médicament est potentiellement pourvoyeur de ce type de complication. Les symptômes apparaissent en général 2 à 4 semaines après la première prise et associent des adénopathies diffuses à une éruption généralisée accompagnée de prurit et de fièvre. Son évolution est potentiellement grave.

## Examens complémentaires

### Bilan de première intention

En cas d'adénopathie isolée, d'allure bénigne chez un sujet jeune, l'attitude peut être une surveillance clinique simple pendant 2 à 3 semaines. Dans les autres situations, un bilan s'impose.

Un hémogramme avec frottis sanguin est nécessaire pour la recherche de cytopénies (lymphopénie en cas d'infection par le VIH ou de lymphome de Hodgkin, pancytopenie lors de leucémie aiguë), d'éventuelles cellules pathologiques circulantes (leucémie lymphoïde chronique, blastes, cellules lymphomateuses circulantes) ou d'un syndrome mononucléosique.

Un bilan inflammatoire est également nécessaire avec dosage de la CRP et de la vitesse de sédimentation. Une électrophorèse des protéines sériques est également utile, pouvant révéler une gammopathie monoclonale associée à une hémopathie.

LDH, acide urique et bêta 2-microglobuline servent à évaluer la masse tumorale notamment dans les hémopathies malignes et tout particulièrement dans les formes agressives.

Sur le plan infectieux, l'intradermoréaction permet de rechercher une infection tuberculeuse, tout en gardant à l'esprit les limites de ce test, surtout chez les patients immunodéprimés. Il faut également faire un bilan sérologique : VIH, virus d'Epstein-Barr, cytomégalovirus, syphilis, toxoplasmose.

TABLEAU 2

## Distinctions échographiques entre un ganglion physiologique et une adénopathie tumorale

Critères échographiques	Ganglion physiologique	Pathologie maligne
<b>Échographie en mode B</b>		
Taille du petit axe	■ < 10 mm	■ > 10 mm
Forme	■ oblongue	■ arrondie
Nombre	■ < 3	■ > 3
Hile	■ hile central graisseux	■ absent
Épaississement cortical	■ absent	■ présent
focal ou diffus		■
Échogénicité	■ modérée ou basse	■ hypo-échogénicité marquée
Contours	■ réguliers	■ flous ou irréguliers
Nécrose centrale	■ absente	■ ± présente
structures adjacentes	■ intégrité	■ ± refoulées ou envahies
<b>Doppler</b>		
Vascularisation	■ pauvre voire absente	■ riche
Localisation des vaisseaux	■ hilaire	■ périphérique, corticale
Pédicule vasculaire	■ uniu	■ multiple
Configuration	■ ordonnée	■ anarchique
Résistances	■ basses	■ élevées

## Place de l'imagerie : échographie et scanner

Bien que dans la pratique le scanner soit souvent réalisé en première intention pour la recherche d'adénopathies, qu'elles soient superficielles ou profondes, l'échographie permet l'évaluation des adénopathies superficielles avec une excellente sensibilité et une bonne spécificité.

Elle est utile pour leur diagnostic précoce et permet, grâce à une association de critères, de différencier les ganglions physiologiques ou réactionnels des adénopathies malignes. Elle permet également de guider une ponction-biopsie de l'adénopathie si nécessaire. Une sonde plate de haute fréquence (entre 7 et 10 MHz) est utilisée pour leur évaluation.

Les différents signes échographiques utilisés pour différencier un ganglion physiologique ou réactionnel d'une adénopathie maligne sont résumés dans le **tableau 2**. Les ganglions sont mesurés dans leur petit axe. La définition d'un seuil de taille pathologique est difficile. Certains auteurs fixent ce seuil à 1 cm afin de lui conserver une bonne spécificité. Un ganglion physiologique, lorsqu'il est visible, est typiquement petit, ovalaire, aux contours réguliers, avec un hile hyperéchogène, un cortex hypoéchogène et une vascularisation hilare (**fig. 2**).

Concernant les adénopathies inflammatoires ou infectieuses, elles peuvent prendre tous les aspects d'une adénopathie tumorale. Par exemple, un ganglion tuberculeux peut être rond, hypoéchogène, sans hile visible, avec des contours flous. Un centre nécrotique est souvent retrouvé. Son apparence au Doppler mime la malignité du fait du refoulement des vaisseaux par la nécrose.

À noter que certains critères de malignité peuvent être absents dans certaines circonstances : des adénopathies métastatiques d'un mélanome peuvent être de petite taille, ou encore persistance du hile au niveau de certaines adénopathies en cas de lymphome (**fig. 3**).

Un critère pris isolément est peu spécifique. C'est donc l'association de ces critères qui oriente le diagnostic. En cas de suspicion d'une origine tumorale ou infectieuse non documentée, on réalise une ponction-biopsie échoguidée suivie d'une analyse anatomo-pathologique et/ou bactériologique pour établir le diagnostic. En cas de suspicion de métastases d'un mélanome ou d'un carcinome épidermoïde, on préfère la biopsie-exérèse chirurgicale afin de limiter le risque de dissémination.

Concernant le scanner, il est aujourd'hui très souvent réalisé en première intention du fait de son accessibilité, de sa grande reproductibilité et d'une exploration plus complète. Il est néanmoins plus coûteux et nécessite une injection de produit de contraste. Le principal intérêt du scanner réside dans l'exploration des chaînes ganglionnaires profondes (**fig. 4**).

Les critères orientant vers la malignité restent les mêmes qu'en échographie. S'ajoute à ces critères le rehaussement : l'injection de produit de contraste n'entraîne pas de rehaussement significatif d'un ganglion normal (rehaussement modéré, homogène).

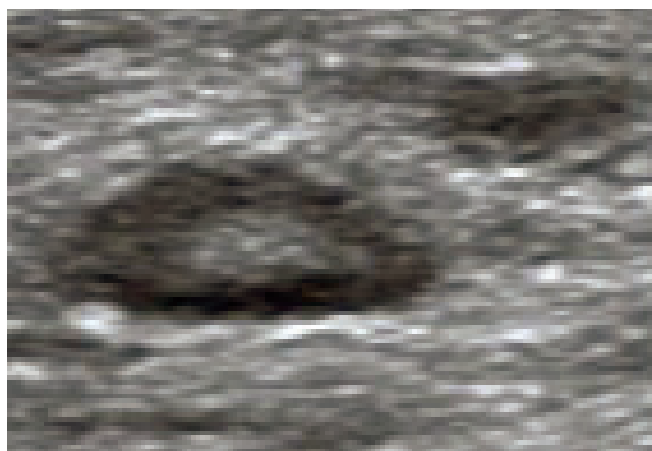


FIGURE 2 Aspect échographique d'un ganglion inguinal normal.

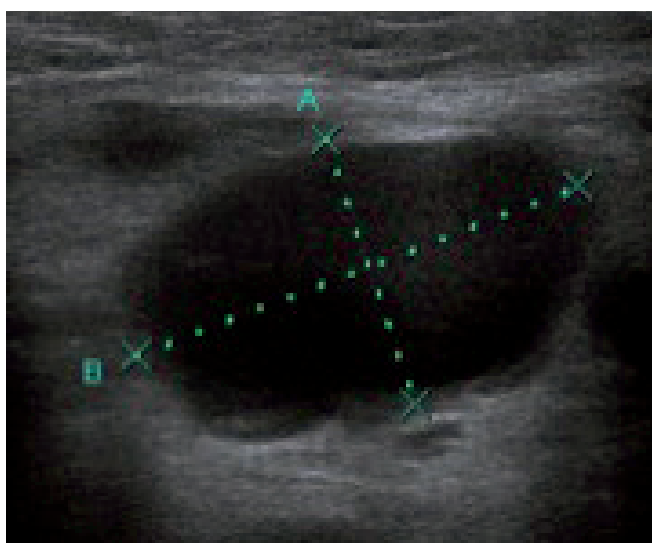


FIGURE 3 Adénopathie axillaire gauche mesurant 20 mm de petit axe, fortement hypoéchogène, à l'architecture désorganisée chez un patient âgé de 67 ans. Résultats anatomo-pathologiques après biopsie échoguidée : lymphome B diffus à grandes cellules.

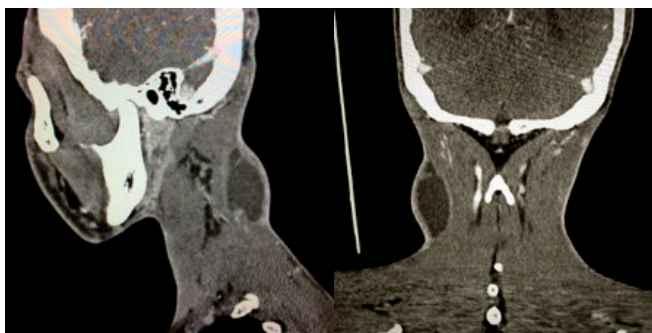


FIGURE 4 Patient de 26 ans. Adénopathie cervicale haute latéralisée à droite, nécrotique, à parois épaissies (tuberculose ganglionnaire).



FIGURE 5 Adénopathie axillaire droite chez un patient de 55 ans (lymphome B diffus à grandes cellules).

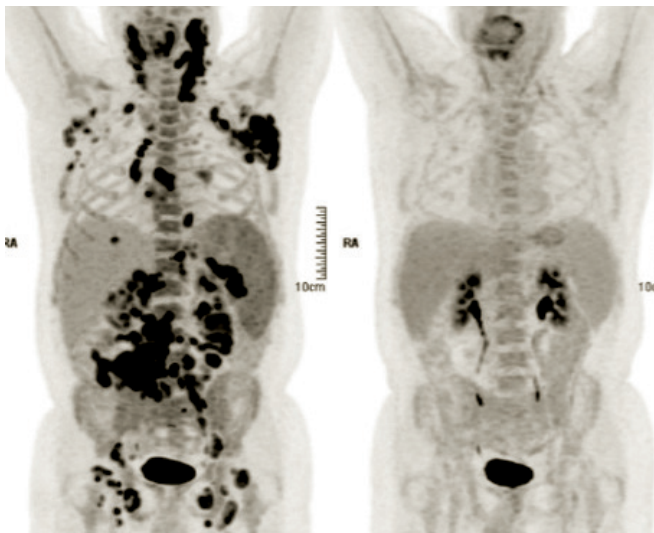


FIGURE 6 TEP-TDM d'un lymphome B diffus à grandes cellules avec atteinte sus- et sous-diaphragmatique. Bilan initial (à gauche) et réévaluation en fin de traitement (à droite).

Lorsque l'adénopathie est nécrosée, la prise de contraste est périphérique. Elle peut être centrale notamment en cas de lymphome (fig. 5).

### Tomographie par émission de positons (TEP)

Non réalisée en première intention, elle vient compléter les explorations en cas de pathologie tumorale. Elle est alors utilisée pour le bilan d'extension, l'évaluation de la réponse au traitement ou pour la recherche d'une récurrence tumorale (fig. 6).

C'est une technique d'imagerie qui allie l'information fonctionnelle de la TEP à l'information morphologique de la tomodensitométrie (TEP-TDM). Le traceur utilisé est le 18-fluorodesoxyglucose (18-FDG). Ce traceur va suivre les voies initiales du métabolisme du glucose après pénétration dans les cellules. Contrairement au glucose normal, son métabolisme est bloqué et le traceur s'accumule dans les cellules.

Les tissus à division cellulaire rapide, comme les tissus tumoraux, ont un grand besoin en énergie et surexpriment les récepteurs membranaires du glucose. Le 18-FDG va donc s'accumuler fortement au sein de ces cellules. L'association avec le scanner va permettre une cartographie précise des tissus hypermétaboliques et ainsi déterminer la tumeur primitive et ses localisations secondaires. Une fois les images reconstruites, la SUV (*standard uptake value*) permet de quantifier la fixation tissulaire du FDG.

C'est un examen non spécifique ne permettant pas de déterminer l'origine des adénopathies.

### Ponction-biopsie

En l'absence de cause précise ou devant une adénopathie suspecte, un examen anatomo-pathologique est indispensable. La ponction-aspiration à l'aiguille fine (ou cytoponction) est de rentabilité médiocre et ne remplace en aucun cas l'examen anatomo-pathologique (l'absence de cellules tumorales à l'examen cytologique n'exclut pas la possibilité d'une tumeur solide ou d'une hémopathie). Elle peut cependant orienter le diagnostic et être utile si une cause infectieuse est suspectée pour la réalisation de prélèvements microbiologiques.

La biopsie-exérèse de l'adénopathie est l'examen de choix. Il faut toujours privilégier également une exérèse complète chirurgicale de l'adénopathie plutôt qu'une biopsie guidée (sous contrôle radiologique) mais cette dernière est en revanche choisie en cas d'adénopathie profonde ou peu accessible.

La biopsie chirurgicale porte donc sur l'adénopathie en entier afin qu'une analyse architecturale puisse être pratiquée (organisation en follicules dans le lymphome folliculaire, envahissement diffus dans le lymphome B diffus à grandes cellules). Le ganglion retiré doit être envoyé rapidement au laboratoire. La pièce est alors fixée et sert à l'analyse conventionnelle avec immunohistochimie. Un fragment pourra être congelé pour réalisation ultérieure d'analyses complémentaires.

### Conclusion

Situation clinique fréquente, la mise en évidence d'adénopathies superficielles impose prioritairement au clinicien d'éliminer une origine tumorale. Un examen clinique attentif associé à un bilan biologique permettra le plus souvent d'orienter vers une cause infectieuse.

Toute adénopathie persistante dont l'étiologie reste indéterminée impose la réalisation d'un bilan complémentaire. L'échographie tient une place importante dans le bilan initial permettant un examen rapide et sensible de l'ensemble des aires ganglionnaires superficielles. L'examen anatomo-pathologique après biopsie-exérèse est l'examen clé pour obtenir un diagnostic précis. •

G. Morel et I. Oddou déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

L.-M. Fornecker déclare avoir été pris en charge, à l'occasion de déplacement pour congrès, par les laboratoires Roche, Gilead, Takeda et Janssen.

## Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

**Les adénopathies superficielles peuvent faire l'objet d'un sujet à l'examen de deux façons :**

**– l'adénopathie est le mode d'entrée dans la maladie. Il faudra alors analyser le caractère inflammatoire ou tumoral de l'adénopathie et rechercher des signes associés. Le contexte aura une grande valeur d'orientation ;**

**– l'adénopathie est intégrée à un tableau clinique : l'adénopathie n'est pas au premier plan mais fait partie d'un ensemble de signes cliniques au sein d'une pathologie. L'analyse anatomo-pathologique de l'adénopathie pourra être le mode de diagnostic, notamment dans les pathologies tumorales.**

### CAS CLINIQUE

M. H., patient de 28 ans, se présente à votre consultation pour myalgies, diarrhées, douleurs pharyngées et éruption cutanée apparue depuis 48 heures.

Le patient rapporte également une fièvre à 38,3 °C la veille. Il n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'un terrain atopique et ne prend pas de traitement.

Il est célibataire mais a régulièrement des rapports sexuels, parfois non protégés.

À l'examen clinique, il existe une éruption morbilliforme diffuse. La gorge est érythémateuse, sans dépôts. Votre examen révèle également des adénopathies supra-centimétriques aux différentes aires ganglionnaires. L'examen est normal par ailleurs, il n'y a pas de fièvre au moment de la consultation.

#### QUESTION 1

Quels examens réalisez-vous ?

#### QUESTION 2

Votre bilan retrouve : leucocytes 6 400/mm<sup>3</sup> dont PNN 4 200/mm<sup>3</sup> et lymphocytes 430/mm<sup>3</sup> avec présence de lymphocytes hyper-basophiles, hémoglobine 15,2 g/dL, plaquettes 128 000/mm<sup>3</sup>, fonction rénale et ionogramme normaux, CRP 5 mg/L, LDH normale, sérologies EBV, CMV, VIH, syphilis négatives, antigène p24 positif. Commentez les résultats de l'hémogramme.

#### QUESTION 3

Quel est votre diagnostic ?

#### QUESTION 4

Complétez les explorations biologiques.

#### QUESTION 5

Deux ans plus tard, M. H. est toujours suivi dans votre cabinet et un traitement spécifique a été débuté, pris de façon régulière. Sa maladie est bien contrôlée.

Le patient se présente à nouveau à vous car il a constaté l'apparition d'une tuméfaction au niveau du creux sus-claviculaire droit.

À l'examen, il s'agit d'une adénopathie mesurant 4 x 3 cm, dure, indolore et la peau en regard n'est pas inflammatoire. Complétez vos interrogatoire et examen clinique.

#### QUESTION 6

Complétez le bilan paraclinique.

#### QUESTION 7

Finalement, une biopsie-exérèse de l'adénopathie est pratiquée et le résultat anatomo-pathologique est le suivant : adénopathie sus-claviculaire droite.

Destruction de l'architecture ganglionnaire par un infiltrat lymphoïde polymorphe organisé en nodules séparés par des travées de sclérose. Au sein des nodules, on retrouve quelques grandes cellules au noyau bi-, parfois multilobé, et avec de volumineux nucléoles, correspondant à des cellules de Reed-Sternberg. Ces cellules sont CD15 et CD30 positives et négatives pour le CD45. Quel est votre diagnostic ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur

[www.etudiants.larevuedupraticien.fr](http://www.etudiants.larevuedupraticien.fr)

OK