

**Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.**

L'ouvrage original couleur E.PILLY.ECN 2018 est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2018

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2018. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Dépôt légal - ISBN ALINÉA Plus : 978-2-916641-67-6

ECN.PILLY 2018 - 5^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 324 pages - ISBN : 978-2-916641-67-6
40,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2018 - 26^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-66-9
58,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2018).

Pour la partie pédiatrie, consulter le référentiel du Collège de Pédiatrie

- Devant une ou des adénopathies superficielles, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents

Points importants

- Une adénopathie est une hypertrophie de plus de 1 cm d'un ganglion (ou nœud) lymphatique.
- Les étiologies infectieuses sont les plus fréquentes, suivies des étiologies malignes (hémopathies, tumeurs solides).
- Toutes les aires ganglionnaires doivent être examinées afin de préciser s'il s'agit d'une adénopathie localisée ou d'une polyadénopathie, car la démarche diagnostique est différente.
- Toute adénopathie dont le diagnostic n'est pas rapidement précisé justifie une cytoponction, voire une biopsie ou une exérèse chirurgicale pour analyse.

1 Bases pour comprendre

1. Définition

La présence d'un ganglion lymphatique palpable > 1 cm ou adénopathie est une constatation fréquente qui correspond à la stimulation du tissu lymphoïde ganglionnaire par un processus infectieux ou non infectieux, ou à l'envahissement du ganglion par une population tumorale.

2. Physiopathologie

Les adénopathies infectieuses peuvent être la conséquence :

- soit régionale d'une infection locale (développement d'une réaction immune dans le nœud lymphatique correspondant au territoire de drainage siège de l'infection)
- soit générale d'une infection par agent pathogène avec un tropisme lymphoïde.

Les adénopathies non infectieuses sont essentiellement représentées par les hémopathies malignes (lymphomes, leucémies lymphoïdes) et les métastases des cancers.

Certaines pathologies inflammatoires peuvent se manifester par des adénopathies, souvent multiples et cliniquement au second plan : sarcoïdose, lupus...

Les adénopathies localisées d'une part, c'est-à-dire touchant un seul territoire de drainage, et généralisées d'autre part, posent des problèmes différents et seront abordées successivement.

2 Démarche diagnostique

1. Examen clinique

■ Interrogatoire

- Date d'apparition de l'adénopathie, évolution depuis l'apparition.
- Porte d'entrée infectieuse ou évènement inflammatoire dans le territoire de drainage :
 - plaie, piqûre, morsure, griffure
 - rapports sexuels à risque
- recherche de circonstances particulières :
 - voyage en pays tropical
 - contact avec un animal (chats principalement)
- Signes généraux : fièvre, frissons, sueurs, altération de l'état général.
- Autres signes fonctionnels (ORL, articulaires, cutanéomuqueux...).
- Traitements en cours et introduits récemment.
- Statut vaccinal.

■ Examen physique

- Examen complet, entre autres de toutes les aires ganglionnaires, et recherche d'hépatosplénomégalie
- Examen minutieux du territoire de drainage de l'adénopathie (porte d'entrée infectieuse, signes de cancer)

Notes

- Apprécier et noter pour chaque adénopathie (schéma daté) :
 - localisation
 - taille
 - consistance
 - mobilité
 - signes éventuels de compression vasculaire ou nerveuse
 - caractère inflammatoire (douleur, chaleur, rougeur, définissant une adénite) ainsi que le caractère fluctuant ou une éventuelle fistulisation.
 - une consistance dure et un caractère fixé (= non mobile) sont plutôt en faveur d'une étiologie néoplasique, alors que le caractère inflammatoire est plutôt évocateur d'infection (sans être spécifique, car peut se voir en cas d'hémorragie ou de néoplasie) ; une abcédation ou une fistulisation sont quasi-pathognomoniques d'une étiologie infectieuse.

2. Démarche diagnostique paraclinique

Les examens complémentaires sont indiqués en cas :

- d'absence d'étiologie au terme de l'examen clinique
- d'altération de l'état général
- d'adénopathie volumineuse (> 2 cm)

On peut avoir recours à :

- des examens biologiques : NFS, CRP, sérologies...
- des examens d'imagerie
- une analyse directe de l'adénopathie :
 - cytoponction à l'aiguille fine : peu invasif (réalisé au lit du patient) mais faible sensibilité.
 - Examen cytologique
 - Examen cyto-bactériologique direct
 - + cultures sur milieux appropriés (bactériologie, mycobactéries, voire champignons)
 - ± PCR (*Mycobacterium tuberculosis* ou *Bartonella* spp.)
 - biopsie (radioguidée ou chirurgicale), voire exérèse chirurgicale. Le ganglion doit être divisé stérilement, lors du geste, en fragments pour analyses
 - bactériologique (examen direct avec colorations de Gram et recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants; cultures «standard» et des mycobactéries ; PCR éventuellement),
 - histologique, cytologique et immunologique,
 - en avertissant les laboratoires et en transportant les prélèvements dans les conditions appropriées.
 - des examens fongiques, parasitaires et virologiques pourront également être réalisés si la situation le nécessite
 - En cas de polyadénopathie, il est préférable de privilégier la biopsie d'autres sites que les adénopathies axillaires ou inguinales, car leur biopsie est plus risquée (risque de lymphocèle ou de lymphoedème) et l'apport diagnostique étiologique moins rentable.

3 Diagnostic étiologique d'une ou plusieurs adénopathies localisées

1. Adénopathies cervicales (TUE7-216-1)

PUE7-216-1 : Adénopathies latéro-cervicales



2. Adénopathies sus-claviculaires

- Fréquemment associées à une cause néoplasique (thoracique si adénopathie sus-claviculaire droite et abdomino-pelvienne si adénopathie gauche).
- Examens paracliniques systématiques : NFS, imagerie thoracique ou abdominale
- Cytoponction si pas de diagnostic puis biopsie chirurgicale.

3. Adénopathies axillaires

Évoquer en priorité : **maladie des griffes du chat**, autre pathologie d'inoculation (tularémie, sodoku), **cancer** du sein ou métastases, réaction inflammatoire à un corps étranger (prothèse mammaire). Penser à une adénite réactionnelle à la souche vaccinale («BCG-ite») chez un sujet vacciné récemment contre la tuberculose.

4. Adénopathies épitrochléennes

Rechercher : **infection** locale de la main et de l'avant-bras, **maladie des griffes du chat**, lymphome/leucémie, sarcoïdose, tularémie ou autre pathologie d'inoculation, **syphilis**. Penser aux mycobactéries non tuberculeuses chez l'enfant.

5. Adénopathies inguinales

Rechercher une infection ou un **cancer** dans le territoire de drainage (membres inférieurs, organes génitaux, périnée, paroi abdominale). Penser en particulier aux **infections sexuellement transmises** (syphilis, chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne).

TUE7-216-1 : Démarche diagnostique étiologique des adénopathies cervicales

Notes

Situation clinique	Étiologies	Démarche diagnostique paraclinique
Uni- ou bilatérales et d'évolution aiguë	Infection tête et cou Primo-infection EBV, CMV, VIH, toxoplasmose Plus rarement syphilis, maladie des griffes du chat, tuberculose, tularémie	Aucune si cause identifiée à l'examen clinique (angine, infection dentaire, infection cutanée de la face ou du cuir chevelu) Simple surveillance si peu symptomatique et taille modérée Si altération de l'état général ou persistance sans régression de taille > 1 mois : · NFS, CRP · sérologies VIH, EBV, CMV, toxoplasmose · sérologie <i>Bartonella</i> si contact avec chat · autres sérologies selon histoire clinique (syphilis, tularémie) · Si absence de diagnostic : ponction à l'aiguille voire biopsie chirurgicale
Unilatérales et d'évolution aiguë : Particularités de l'enfant	Adénite à pyogènes, surtout chez enfant < 5 ans · tableau aigu, fébrile, inflammation cutanée en regard, le plus souvent unilatéral · infection souvent polymicrobienne : streptocoque du groupe A, <i>Staphylococcus aureus</i> , bactéries anaérobies	Si signes minimes : simple surveillance sous antibiotiques Une ponction à l'aiguille fine peut être réalisée, voire un geste chirurgical en cas de sepsis, de collection suppurée ou de masse volumineuse. Les prélèvements seront adressés en bactériologie standard, en mycobactériologie et en anatomo-pathologie
Bilatérales et d'évolution subaiguë/chronique	Primo-infection EBV, CMV, VIH, toxoplasmose Syphilis Rarement : maladie des griffes du chat, tuberculose	· NFS, CRP · Sérologies VIH, EBV, CMV, toxoplasmose · Sérologie syphilis si prise de risque sexuelle · Sérologie <i>Bartonella</i> si contact avec chat · Si adénopathie persistante et pas d'étiologie au terme de ce bilan : biopsie pour prélèvements en bactériologie, mycobactériologie, anatomo-pathologie
Unilatérales et d'évolution subaiguë/chronique	Tuberculose, maladie des griffes du chat, primo-infection toxoplasmose Lymphome, cancer ORL ou œsophage/thyroïde	
Unilatérales et d'évolution subaiguë/chronique Particularités de l'enfant	Idem + Mycobactéries non tuberculeuses, surtout chez enfant < 5 ans	

4 Diagnostic étiologique d'une polyadénopathie

L'atteinte de plusieurs territoires ganglionnaires impose une démarche étiologique tout à fait différente, en sachant que la participation de territoires profonds, thoraciques et/ou abdominaux est peu en faveur d'une cause infectieuse (sauf mycobactéries).

■ En 2^e intention, si ce bilan est non contributif

- Sérologie syphilis
- Anticorps anti-nucléaires
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien pour rechercher des adénopathies profondes et une hépato-splénomégalie
- Cytoponction ganglionnaire puis biopsie/exérèse chirurgicale si bilan toujours négatif
- Voire myélogramme et /ou biopsie ostéoméduleaire.

1. Étiologies principales (TUE7-216-2)

2. Démarche diagnostique paraclinique

■ Bilan de 1^{re} intention

- NFS, CRP, bilan hépatique, LDH
- Sérologies VIH, EBV, CMV, toxoplasmose
- Radiographie thoracique

Notes

TUE7-216-2 : Principales étiologies des polyadénopathies

Étiologies infectieuses	Bactériennes	Mycobactéries : tuberculose surtout ou infection à mycobactérie non tuberculeuse chez l'immunodéprimé (sida, déficits immunitaires primitifs) Syphilis, maladie de Whipple, brucellose
	Virales	Primo-infection EBV, CMV, VIH Rubéole, rougeole, adénovirus, varicelle, parvovirus B19
	Parasitaires	Primo-infection toxoplasmose Leishmaniose viscérale, trypanosomose africaine, filariose lymphatique
	Fongiques	Histoplasmose
Étiologies non infectieuses	Hémopathies malignes	Lymphomes ou leucémies de la lignée lymphoïde
	Maladies inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Lupus érythémateux disséminé • Maladie de Still • Sarcoidose • Adénite nécrosante de Kikuchi
	Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction de type hypersensibilité retardée • Apparaît souvent au 9^e-15^e jour de la prise médicamenteuse • Souvent associé à : fièvre, myalgies, arthralgies, éruption, syndrome inflammatoire biologique, hyperéosinophilie, présence de lymphocytes activés à l'hémogramme • Molécules les plus souvent impliquées : antibiotiques (aminopénicillines et dérivés, céphalosporines, sulfamides), anticomitiaux (phénytoïne, carbamazépine), allopurinol, anti-inflammatoires non stéroïdiens



Alinéa Plus