

# Adénopathies cervicales : une maladie à ne pas oublier dans le diagnostic différentiel



Dr Marie-Pascale Graas  
service d'hémo-oncologie



Dr Noëlla Blétard  
service d'anatomie pathologique



Dr François Dister  
service d'imagerie médicale



Dr François Renier  
service de médecine nucléaire



Dr Gauthier Namur  
service de médecine nucléaire

## PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Un patient âgé de 21 ans remarque en septembre 2020 un gonflement au niveau cervical droit. Il consulte son médecin traitant qui diagnostique une adénopathie de 3 cm. Le patient n'a pas de plainte ORL mais décrit une aphtose récidivante. Il n'y a pas de notion de fièvre. Il signale juste une sensation de chaud-froid ainsi que des courbatures peu de temps avant l'apparition du ganglion. Ces symptômes ont toutefois disparu assez rapidement. Le patient garde un excellent état général. Il n'a pas fait de voyage à l'étranger durant les six derniers mois, a un chat depuis un an et demi, ne fume pas et consomme de l'alcool à l'occasion.

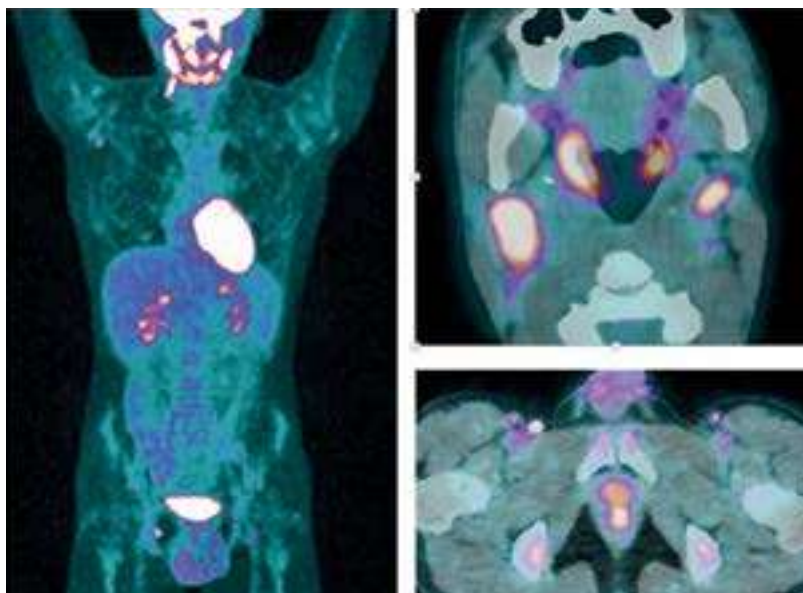
Une biologie est prélevée. Elle s'avère normale, en dehors des éléments suivants :

Le patient reçoit un antibiotique (azithromycine) pendant trois semaines à partir de début octobre.

Vu la persistance de l'adénopathie, le patient consulte en oncologie le 12 novembre 2020. Il reste asymptomatique et son état général est conservé. Il ne rapporte ni sudation profuse ni prurit. L'examen clinique confirme une volumineuse adénopathie de 3 cm ainsi que de petites adénopathies satellites. Une nouvelle biologie est réalisée avec des sérologies complémentaires dont la griffade de chat. Tout est normal en dehors d'un taux de CRP légèrement accru à 5.6 mg/L (nl < 5.0 mg/L).

CRP	+	9.3	mg/L	< 5.0
Vitesse sédimentation	+	24	mm/h	< 15
Myco. pneumoniae IgG	+	10.5	UA/mL	Pos. si >10
Myco. pneumoniae IgM		POSITIF (15.0)		Pos. si >10
Myco. pneumoniae Conclusion	Compatible avec une infection récente ou une infection ancienne interférence sur les IgM. Confronter à la clinique et contrôler sur un second sérum 2 semaines après le premier prélèvement.			
CMV IgG (Liaison)		96	U/mL	Pos. si >14
CMV IgM (Liaison)		POSITIF (28.5)		Pos. si >22
CMV Conclusion	Compatible avec une infection récente ou une infection ancienne interférence sur les IgM. Confronter à la clinique et contrôler sur un second sérum 2 semaines après le premier prélèvement.			

figure 1 – PET-CT : Formations ganglionnaires hyper-métaboliques de distribution périphérique, principalement cervicales (surtout droites), mais également axillaire droite et inguinales bilatérales.



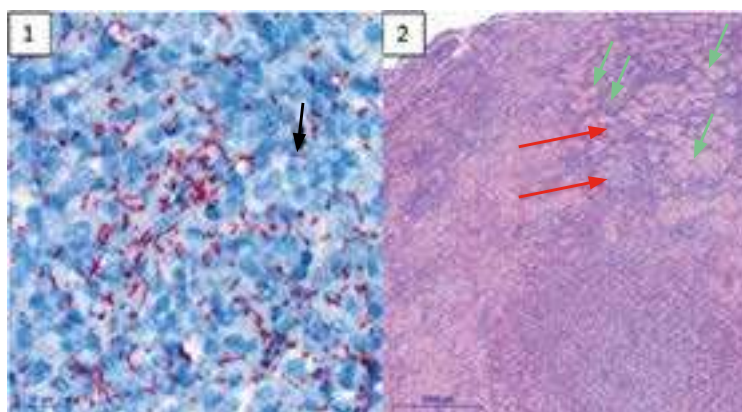
L'exérèse d'un ganglion cervical est programmée. Les analyses anatomopathologiques concluent à un tableau d'adénite réactionnelle avec infiltrat lympho-plasmocytaire et fibrose capsulaire évoquant en première intention une origine infectieuse. Après examen immunohistochimique mettant en évidence la présence de *Treponema pallidum*, le diagnostic d'adénopathie syphilitique est confirmé (figure 2).

Des sérologies complémentaires confirment le diagnostic de **syphilis**. Le patient est dès lors adressé en infectiologie.

A l'anamnèse complémentaire, le patient signale un rapport oral homosexuel non protégé en août 2020. De plus, depuis quelques semaines, des lésions non douloureuses sont apparues au niveau pénien. L'examen clinique confirme de multiples chancres de  $\pm 5$  mm de diamètre. Une antibiothérapie par pénicilline (Pénadur 2,4 MUI une fois par semaine pendant 3 semaines) est prescrite non seulement au patient mais également à son partenaire.

figure 2 – 1. Mise en évidence des spirochètes en immunohistochimie (immunohistochimie objectif 40x – *Treponema pallidum* – Ac polyclonal de lapin)

2. Adénite réactionnelle : accumulation d'histiocytes (vert) // follicules de taille variable mais bien organisés avec un centre germinatif correctement polarisé (flèches rouges)



Lors d'une visite de contrôle en février 2021, l'examen clinique confirme une évolution favorable sous traitement, avec la disparition des chancres et la régression des adénopathies.

Un contrôle sérologique sera réalisé à 3, 6 et 12 mois. Le VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*, test de laboratoire non spécifique détectant des anticorps dirigés contre des antigènes non tréponémiques appelés cardiolipines) doit diminuer d'un facteur 4 à 6 mois et se négativer un an après le traitement.

## LA LYMPHADÉNOPATHIE PÉRIPHÉRIQUE

### Introduction

La lymphadénopathie périphérique (LAP) est un motif fréquent de consultation. Les étiologies possibles sont multiples : infection, malignité, troubles auto-immuns, origine iatrogène ou encore médicamenteuse. L'origine est le plus souvent bénigne et localisée particulièrement en cas de localisation cervicale<sup>(1-6)</sup>. En effet, 75 % de toutes les LAP sont localisées et 50 % sont situées dans la région tête et cou. Les patients âgés de plus de 40 ans ont un risque plus élevé (4 %) d'avoir une LAP d'origine maligne que ceux de moins de 40 ans (0,4 %) <sup>(1-6)</sup>.

### Bilan

Une **anamnèse détaillée** est essentielle afin de déterminer l'étiologie de la LAP. Elle est basée sur 6 éléments :

- **Chronicité** : > < 3 semaines ? La disparition en moins de 2 semaines ou la présence depuis plus d'un an plaident en faveur d'une cause bénigne.
- **Localisation** : localisée ou généralisée (atteinte de deux zones non contiguës).
- **Caractéristiques du ganglion** : mobile, fixé, inflammatoire.
- **Symptômes concomitants** : fièvre, arthralgies, infection respiratoire supérieure récente, fatigue, perte de poids de plus de 10 %, éruption cutanée, symptômes B.
- **Epidémiologie** : voyages à l'étranger, piqûres d'insectes, assuétudes (tabac, alcool), animaux domestiques, comportements sexuels à haut risque, profession.
- **Exposition pharmacologique** : médicaments, vaccination récente.

L'**examen biologique** et en particulier **sérologique** complet et systématique : NFS (numération de la formule sanguine), VS, tests sérologiques orientés par l'anamnèse : CMV, EBV, VIH, Bartonella, syphilis, herpès simplex, toxoplasmose, hépatite B et éventuellement une intradermo. Les anticorps anti-nucléaires doivent être recherchés aussi.

L'**exploration radiologique** des adénopathies cervicales <sup>(5-6)</sup> :

- L'**échographie** permet de déterminer le nombre de ganglions, leur taille, leur forme, leur structure interne ainsi que le site anatomique concerné.
- L'**échographie Doppler couleur** est utile pour distinguer le schéma vasculaire entre une lymphadénopathie ancienne et récente. Il est l'examen de choix chez les enfants de moins de 14 ans selon les recommandations de l'American College of Radiology.

- Le **scanner** doit être utilisé en cas de LAP cervical chez une personne de plus de 14 ans. Outre les éléments fournis par l'échographie, il permet également d'obtenir un bilan à distance au niveau thoracique et abdominal.
- Le **PET-scanner** n'est réalisé qu'en troisième intention, après avis onco- ou hématologique.

Le *gold standard* reste la **biopsie à l'aiguille guidée par l'imagerie**, voire une **exérèse ganglionnaire complète** en cas de suspicion de lymphome ou de métastase d'une tumeur solide afin d'avoir suffisamment de matériel pour les analyses immuno-histologiques et la recherche d'éventuelles mutations <sup>(5-6)</sup>.

### Diagnostic différentiel

On peut utiliser le moyen mnémotechnique « **MIAMI** » : tumeurs **M**alignes, **I**nfections, maladies **A**uto-immunes, affections diverses et inhabituelles (**Miscellaneous**) et causes **I**atrogènes.

L'acronyme « **CHICAGO** » permet d'envisager les causes spécifiques en cas d'adénopathies cervicales, qu'elles soient localisées ou accompagnées d'autres localisations :

- « **C** » pour les **C**ancers : hémopathie maligne : lymphome de Hodgkin vs. lymphome non hodgkinien, leucémie, métastases de tumeur solide locale (ORL, thyroïde, mélanome) ou à distance.
- « **H** » pour les syndromes d'**H**ypersensibilité : origine médicamenteuse.
- « **I** » pour les **I**nfections :
  - virales : CMV, HIV, Epstein-Barr, Herpès simplex, Coxsackie
  - bactériennes : Staphylocoques aureus, groupe A Streptocoques pyogènes, Syphilis
  - fongiques : Candida
  - parasitose : Toxoplasme
- « **C** » pour les troubles du tissu **C**onjonctif : lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde, sarcoïdose.
- « **A** » pour les troubles lymphoprolifératifs **A**typiques : maladie de Castleman, Wegener.
- « **G** » pour les pathologies **G**ranulomateuses : histioplasmose, mycobactéries (BK, la cause la plus fréquente en Afrique), griffade de chat.
- « **O** » pour les autres causes (**O**thers), soit des pathologies rares telles que la maladie de Kimura, la maladie de Kikuchi...

### Pronostic et traitement

Le pronostic et le traitement dépendent bien sûr du diagnostic étiologique.

REMARQUE COMPLÉMENTAIRE  
CONCERNANT LE CAS CLINIQUE

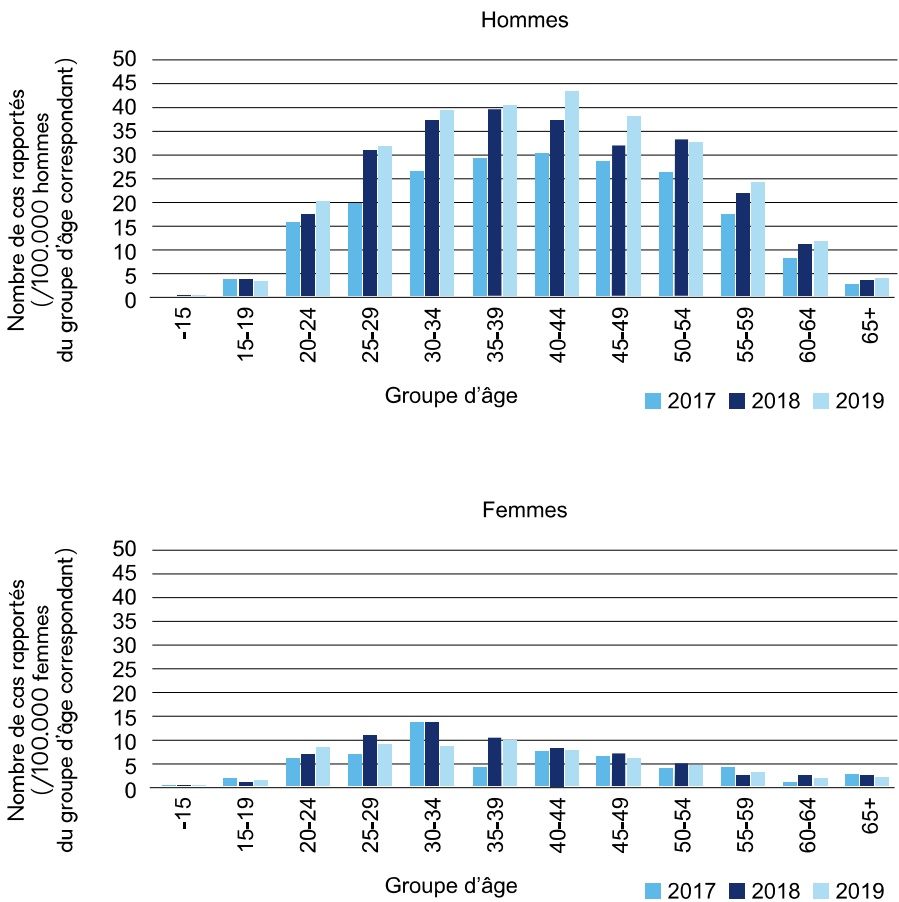
Le nombre de cas de MST (maladies sexuellement transmissibles) dont la syphilis a augmenté en Belgique ces trois dernières années, et ce dans les trois régions du pays. (tableau 1; figures 3) <sup>(7)</sup>.

Sur les cas de syphilis rapportés, la majorité (85,4 %) sont des hommes; 76,2 % des patients ont eu des contacts bi- ou homosexuels. Le risque de réinfection est de l'ordre de 29 %. Il s'agit donc bien d'un diagnostic qu'il ne faut plus négliger/oublier...

tableau 1 – Nombre de cas rapportés /100.000 hab. de la chlamydia, de la gonorrhée et de la syphilis, Belgique, 2017-2019 (Source: Laboratoires vigies pour la microbiologie – <sup>(7)</sup>)

ANNÉE DU DIAGNOSTIC	CAS RAPPORTÉS (/100 000 HAB.)		
	Chlamydia	Gonorrhée	Syphilis
2017	68,6	17,7	16,3
2018	80,2	22,6	20,5
2019	77,0	26,0	21,6

figure 3 – Nombre de cas de syphilis rapportés par 100.000 habitants par âge et par sexe, Belgique 2017-2019 (Source: Laboratoires vigies pour la microbiologie – <sup>(7)</sup>)



## RÉFÉRENCES

---

1. Deschler DG & Zenga J. (2019). Evaluation of a neck mass in adults. October 11. UpToDate. [Online] [Accessed on 20th March 2021] <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-a-neck-mass-in-adults#H15>.
2. Emerick K. (2021). Differential diagnosis of a neck mass. January 4. UpToDate. [Online] [Accessed on 20th March 2021] <https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-a-neck-mass/print>.
3. Ferrer RL (2019). Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. December 26. UpToDate. [Online] [Accessed on 20th March 2021] <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>.
4. Gaddey HL & Riegel AM. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. American Family Physician 2016 ; 94 (11) : 896-903.
5. Matto P & Freeman AM. (2020) Adenopathy. North Carolina : StatPearls Publishing.
6. Mohseni S, Shojaiepard A, Khorgami Z et al. Peripheral lymphadenopathy : approach and diagnostic tools. Iranian Journal Of Medical Sciences 2014 ; 39 (2) : 158-170.
7. Vanden Berghe W, Lecompte A, Bensemmane S et al. (2020) Surveillance des infections sexuelles transmissibles – Données pour la Période 2017 -2019. Sciensano, D/2020.14.440/84 : 10 -13.