





# DEDICACES

**Je dédie ce travail :**

\* **A ALLAH** « gloire à toi ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage » (sourate 2, verset 32 du saint coran). Louange et gloire à Dieu le tout puissant et miséricordieux qui nous a permis de mener à bien ce travail.

\* **Au Prophète Mohamed**, paix et salut sur lui.

**A mon père**

Voici le jour que tu as attendu impatiemment, je ne sais comment t'exprimer ma reconnaissance pour les sacrifices que tu as consentis pour mon instruction et mon éducation. C'est grâce à ton encouragement et à ta prière que j'ai pu tracer mon chemin. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon respect et de ma gratitude pour ton soutien constant et sans limite.

Puisse Dieu, le tout puissant, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie. Je t'aime.

**A la ma mère**

Tous les mots ne peuvent exprimer ce que tu représentes pour moi, tous les mots ne peuvent exprimer mon amour pour toi, ni ma gratitude et ma reconnaissance pour ce que tu as enduré pour faire de moi ce que je suis maintenant. Tu m'as entouré de tant d'amour et d'affection, tu étais toujours là pour moi, tu m'as supporté, épaulé durant tout le chemin, tu m'as procuré tout ce dont j'avais besoin sans la moindre hésitation, tu as été une maman exemplaire.

Merci ma très chère et adorable maman pour tout cela et pour bien d'autres choses: pour les nuits que tu as veillées à mes cotés, pour ton dévouement, pour ta générosité. J'espère que tu trouveras en ce modeste travail le fruit de tes

peines et de tes efforts ainsi que l'humble gratitude d'un fils qui te restera éternellement reconnaissant...Puisse Dieu t'accorder santé et longue vie.

**A ma femme,**

Pour ta patience et ton soutien durant tout le parcours, tu as toujours été présente. Toi qui as accepté de lier ton sort au mien, puisse l'avenir confirmer chaque jour davantage le bien fondé de notre engagement.

**A mes oncles, feu Ibrahima Konaté, feu Tiekoro Konaté**

Rien ne peut combler le vide que vous avez laissé. Nous garderons de vous l'image des oncles exemplaires. Ce travail honore votre mémoire. Puisse Dieu vous accorder sa miséricorde dans l'au-delà.

A mes oncles :

**A mes tantes : Aminata, Djonkounda, Yaya, Maïmouna**

Vous m'avez toujours guidé et soutenu durant les moments de détresse. Aucun mot, aucune phrase ne peuvent exprimer mes sentiments d'amour et de gratitude pour vous.

**A mes frères Boubacar, Makan, Mamadou**

Je ne saurais vous remercier pour votre soutien indéfini, vos encouragements. Vous avez toujours été présents pour moi. Puisse le tout puissant consolider notre fraternité

**A mes sœurs Mamou, Fatoumata, Safiatou, Kadidia**

Vous m'avez supporté et soutenu durant mon chemin, je manque de mot pour vous exprimer ma reconnaissance.

**A mes enfants**

Pour tous ces moments d'absence et d'instabilité. Que le tout puissant guide vos pas et vous accorde une longue vie.

### **A la mémoire de mes grands-parents**

Vous êtes toujours présents dans mon cœur et je ne cesse de prier Dieu pour vous, pour que vous soyez en paix. Que la clémence de Dieu règne sur vous et que la miséricorde apaise votre âme.

### **A mes cousins et cousines**

Vous étiez tous comme des frères et des sœurs pour moi ; puisse Dieu vous procurer bonheur et prospérité.

**A mes maîtres :** monsieur le Professeur Alhousseini Ag Mohamed, monsieur le Professeur Mohamed Keïta, monsieur le Professeur Timbo Samba Karim, Dr Siaka Soumaoro, Dr Boukary Guindo, Dr Kadiatou Singaré, Dr Hamidou Baba Sacko, Dr Lamine Traoré

Qui nous ont fait l'honneur de leurs enseignements tant à la faculté qu'au cours des stages hospitaliers.

**A mes aînés et collègues du service ORL-CCF :** Dr Youssouf Sidibé , Dr Kalifa Coulibaly, Dr Sidiki Dao, Dr Fatogoma Issa Koné, Kassim, Nagnouma, Djibril, Kolo, Neuilly, Dienta, Sanogo, Saydi, Bouaré, Dembélé, Naouma, Nouhoum et tous les thésards

Vous m'avez toujours guidé et soutenu par vos conseils. Vous m'avez appris à surmonter les différents escaliers. Que le seigneur vous récompense pour tous vos efforts.

### **A mes amis**

Votre présence constante à mes côtés, votre disponibilité, l'amour que vous m'avez témoigné durant tout ce temps m'ont aidé à avancer dans ce chemin si

dur ; vous avez su transformer mes peines en joies. Pour ces longues nuits qu'on a veillées, pour l'affection que je vous porte, je vous dédie ce travail.

## **Remerciements :**

**A tous nos maîtres du service**

**A mes aînés du Service :** Dr COULIBALY, Dr SIDIBE, Dr KONE, Dr DAO.

Merci pour votre soutien et vos conseils.

**A mes camarades de promotion du Service :** DIARRA Kassim, CAMARA Nagnouma, SAMAKE Djibril, DIAMOUTENE Kolo, TAFO Neuilly

Merci pour la bonne collaboration.

A tout le personnel du service ORL et du CHU Gabriel Touré.

**A mes cadets D.E.S et Etudiant en Thèse dans le Service :**

Je vous souhaite le maximum de courage et d'humilité pour terminer la montée des escaliers.

**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur ALHOUSSEÏNI AG MOHAMED**

- **Professeur titulaire en ORL et CCF**
- **Coordinateur des CES d'ORL et CCF**
- **Directeur Général de l'institut National de formation en sciences de la santé(INFSS)**
- **Médecin aéronautique auprès de l'Agence Nationale d'Aviation civile (ANAC)**
- **Président de la Société Malienne d'ORL et CCF**
- **Ancien Président de l'ordre National des Médecins du Mali**
- **Ancien vice Doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**
- **Chevalier de l'ordre national du Lion du Sénégal**

**Cher maître,**

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons été très sensible à votre gentillesse, votre modestie, et à l'amabilité de votre accueil lors de notre passage dans votre service.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être l'un de vos élèves.

Permettez-nous cher Maître, de vous exprimer notre profonde reconnaissance, notre haute considération et notre grand respect.

## **A notre Maître et Juge**

### **Professeur TIMBO Samba Karim**

- **Maître de conférences en ORL et CCF**
- **Membre fondateur et secrétaire général de la Société Malienne d'ORL**
- **Membre de l'assemblée de la Faculté à la FMOS**
- **Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone (SORLAF)**
- **Membre de l'institut Portmann**
- **Chef du DER de chirurgie**
- **Directeur médical du CHU Gabriel Touré**

**Cher maître,**

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury.

Votre gentillesse, votre charisme, votre rigueur scientifique, vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqués lors de notre passage dans votre service et nous servent d'exemple.

Votre culture scientifique et votre compétence font que nous sommes fiers d'être l'un de vos élèves.

Veillez croire, chère Maître, à l'assurance de notre respect et notre grande reconnaissance.

**A notre Maître et Juge**

**Professeur Souleymane DIALLO**

- **Pharmacien biologiste des services de santé des armées**
- **Maitre de conférences en bactériologie et virologie à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie**
- **Directeur général du Centre d'Infectiologie Charles Mérieux**

**Cher maître,**

Nous sommes heureux que vous ayez accepté de nous honorer par votre présence au sein de notre jury.

Nous avons été très sensible à votre gentillesse, votre modestie, et à l'amabilité de votre accueil.

Permettez-nous cher Maître, de vous exprimer notre profonde reconnaissance, notre haute considération et notre grand respect.

**A notre Maître et Juge**

**Professeur Cheick Bougadari TRAORE**

- **Professeur titulaire en anatomie pathologique à la FMOS**
- **Chef de service anatomie pathologique au CHU du point-G**
- **Chef du DER des sciences fondamentales**
- **Collaborateur du registre du cancer au Mali et du programme de dépistage du cancer du col**

Cher maître,

Nous sommes heureux que vous ayez accepté de nous honorer par votre présence au sein de notre jury.

Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et notre grand respect.

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Mohamed Amadou KEITA**

- **Maître de Conférences agrégé en Otorhinolaryngologie et CCF**
- **DIU Pédagogie Médicale**
- **Master en Education**
- **Master Recherche Pédagogie Médicale**

**Cher maître,**

Dès notre arrivée dans votre service, nous avons été marqué par votre accueil et votre sens de la responsabilité. En acceptant de diriger ce travail vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science pétri de grande connaissance en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale.

Votre rigueur intellectuelle, vos qualités scientifiques et humaines, suscitent l'admiration et forcent le respect.

La sagesse, l'esprit d'ouverture et de dialogue, la sérénité et l'humilité dont vous avez su faire preuve tout au long de notre séjour dans votre service témoignent des valeurs cardinales à rechercher et incarnent en vous le sens de la responsabilité. Qu'il nous soit permis aujourd'hui de dire combien de fois nous sommes fiers d'être votre élève.

Cher maître, nous vous prions d'accepter notre sincère reconnaissance.

## Liste des abréviations

**ADP** : Adénopathie

**ÆG** : altération de l'état général

**Ag** : Antigène

**BAAR** : bacille acido-alcool-résistant

**CMV** : Cytomégaloïirus

**CPA** : Cellules présentatrices de l'antigène

**CRP** : C réactive protéine

**EBV** : Epstein- Barr virus

**FDG** : fluorodésoxyglucose

**GLUT** : Glutamate

**HLA** : Human leukocyte antigen

**HSV** : Herpes simplex virus

**IDR** : Intradermoréaction

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**LAL** : Leucémie aigüe lymphoblastique

**LMNH** : Lymphome non-hodgkinien

**MNI** : Mononucléose infectieuse

**NFS** : Numération formule sanguine

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**PET-scan** : Tomographie d'émission de positons

**PN**: polynucléaire neutrophile

**TDM**: Tomodensitométrie

**VADS** : Voies aérodigestives supérieures

**VIH** : Virus d'immunodéficience acquise

**VS** : Vitesse de sédimentation

# LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

## Pagination

<b>Figure 1</b> : Trigone antérieur du cou.....	10
<b>Figure 2</b> : Trigone postérieur du cou.....	12
<b>Figure 3</b> : Muscles scalène et prévertébraux.....	14
<b>Figure 4</b> : Veines superficielles du cou.....	18
<b>Figure 5</b> : Topographie des ganglions du cou.....	20
<b>Figure 6</b> : Les groupes ganglionnaires cervicaux.....	24
<b>Figure 7</b> : Vaisseaux lymphatiques de la tête et du cou.....	27
<b>Figure 8</b> : Triangle lymphatique du cou.....	29
<b>Figure 9</b> : Structure du ganglion lymphatique .....	31
<b>Tableau 1</b> : Classification topographique des chaînes ganglionnaires cervicales et leurs sites de drainage .....	25
<b>Tableau 2</b> : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge .....	75
<b>Tableau 3</b> : Répartition des patients en fonction de la profession .....	77
<b>Tableau 4</b> : Antécédents des patients .....	79
<b>Tableau 5</b> : Répartition des patients en fonction de l'ancienneté des adénopathies.....	80

<b>Tableau 6 : Signes généraux</b> .....	80
<b>Tableau 7 : Répartition des patients en fonction du siège des adénopathies</b> .....	81
<b>Tableau 8 : Répartition en fonction du caractère des adénopathies</b> .....	82
<b>Tableau 9 : Répartition des patients selon le résultat de la NFS</b> .....	83
<b>Tableau 10 : Répartition des patients selon le résultat de l'IDR à la tuberculine</b> .....	85
<b>Tableau 11 : Répartition des patients selon la sérologie HIV</b> .....	85
<b>Tableau 12 : Résultat des autres examens</b> .....	86
<b>Tableau 13 : Répartition des patients selon la radiographie du thorax</b> .....	86
<b>Tableau 14 : Répartition des patients selon la TDM cervicale</b> .....	87
<b>Tableau 15 : Répartition des patients selon la panendoscopie</b> .....	88
<b>Tableau 16 : Répartition selon le résultat de l'examen bactériologique</b> .....	88
<b>Tableau 17 : Examen anatomopathologique</b> .....	89
<b>Tableau 18 : Répartition des patients selon les étiologies</b> .....	90

**Graphique 1 :** Répartition des patients en fonction du sexe .....76

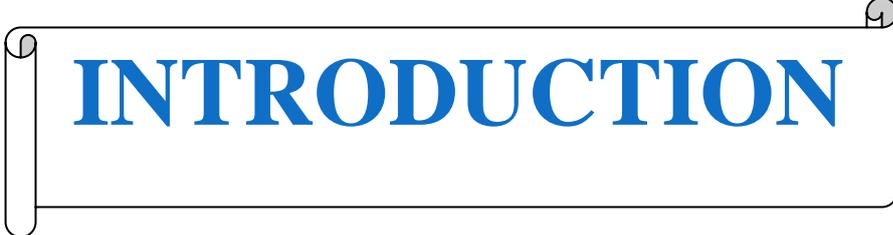
**Graphique 2 :** Répartition des patients en fonction de l'origine géographique .....78

**Graphique 3 :** Répartition des patients en fonction du résultat de la CRP .....84

**Graphique 4 :** Répartition des patients selon le résultat de la Vitesse de Sédimentation des érythrocytes .....84

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PREMIERE PARTIE : RAPPELS</b> .....	7
RAPPEL ANATOMIQUE DU COU .....	8
RAPPEL ANATOMIQUE DES CHAINES GANGLIONNAIRES CERVICALES .....	9
PHYSIOLOGIE DU GANGLION LYMPHATIQUE .....	32
PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ADENOPATHIE .....	33
RAPPEL CLINIQUE .....	34
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL</b> .....	66
RESULTATS .....	74
COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	92
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	104
<b>TROISIEME PARTIE : ANNEXES</b> .....	113
FICHE SIGNALÉTIQUE .....	114
FICHE D'ENQUETE .....	116



# INTRODUCTION

Les adénopathies cervicales sont une hypertrophie pathologique des ganglions lymphatiques cervicaux qui pourrait avoir plusieurs origines: infectieuse, inflammatoire, tumorale, métabolique ou immunologique [5].

Plusieurs études suggèrent que la taille limite entre un ganglion normal et un ganglion pathologique est de un centimètre. D'autres critères interviennent pour étayer le caractère pathologique et permettre une orientation dans la prise en charge: la localisation, la persistance, l'état local et le contexte clinique [5].

Elles sont dites aiguës si leur délai d'apparition est inférieur à sept jours, subaiguës entre sept jours et quatre semaines et chronique si le délai est supérieur à quatre semaines[3].

L'intérêt de ce sujet repose sur le fait que les adénopathies (ADP) cervicales sont un motif fréquent de consultation ORL [3].

Elles posent un problème de diagnostic compte tenu de leur diversité étiologique.

Chez l'adulte, la hantise du cancer des VADS doit faire évoquer systématiquement une cause maligne en particulier s'il existe une notion d'intoxication alcool-tabagique[3].

Le recours à une cervicotomie et l'analyse anatomopathologique du ganglion peut s'avérer indispensable.

Selon S. Bouhdadi (2008), au Maroc les adénopathies cervicales représentent 2,5% des 100 000 patients reçus en consultation pédiatrique par an [5].

A Madagascar, une étude réalisée dans le service d'ORL du CHU d'Antananarivo en 2012, a constaté que les adénopathies cervicales chroniques représentaient 4,6% des 3528 consultations.

Les adénopathies cervicales soulèvent un problème diagnostique dans notre contrée.

L'absence de chiffres relatifs en termes de fréquence et de données codifiées permettant la prise en charge efficiente de l'adénopathie dans notre pays constituent des motifs probant l'intérêt de ce travail.



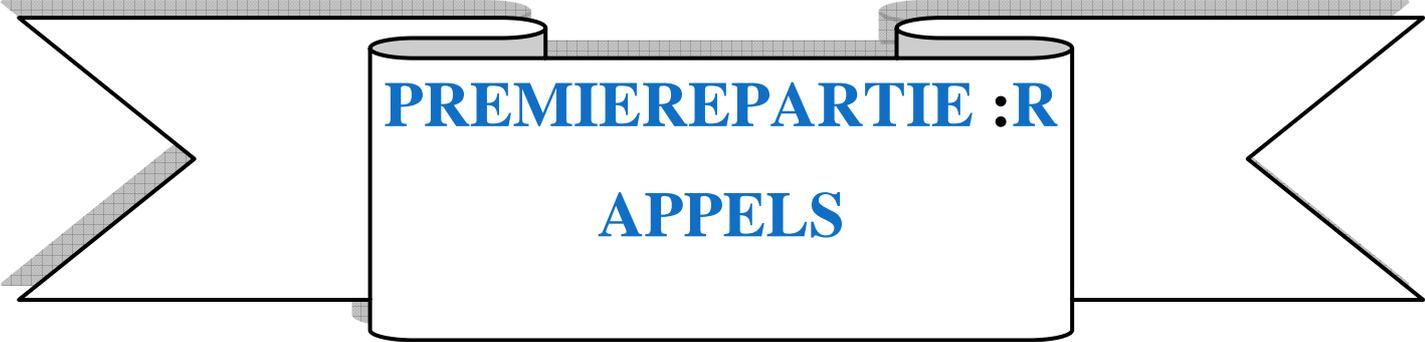
# OBJECTIFS

**OBJECTIF GENERAL :**

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des adénopathies cervicales dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale (CCF) du CHU Gabriel Touré de Bamako.

**OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- ✓ Déterminer la fréquence hospitalière des adénopathies cervicales.
- ✓ Identifier le profil sociodémographique des patients présentant une adénopathie cervicale.
- ✓ Décrire les aspects cliniques et paracliniques
- ✓ Enumérer les principales étiologies.



**PREMIERE PARTIE : R**

**APPELS**

## 1-Rappel anatomique du cou

Le cou est la région située entre la base du crâne, le bord inférieur de la mandibule et l'orifice supérieur du thorax. La partie antérieure contient des structures viscérales situées entre la tête et le thorax : le pharynx, le larynx, la trachée, l'œsophage, la glande thyroïde et les parathyroïdes.[1]

De la superficie à la profondeur on note :

- La peau, le tissu cellulaire sous cutané, le plastyma et le fascia cervical
- La lame superficielle du fascia cervical engaine le muscle sternocléidomastoïdien.
- La lame prétrachéale du fascia cervical engaine les muscles sous-hyoïdiens et forme la paroi antérieure de loge thyroïdienne.
- La lame prévertébrale fascia cervical engaine les muscles scalènes et prévertébraux.

Le cou peut être divisé en trois trigones : antérieur, postérieur et suboccipital.

### **1-1- Trigone antérieur du cou :**

Limité par le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, le bord inférieur de la mandibule, la ligne médiane

Il est divisé en :

- ✓ trigone submandibulaire,
- ✓ trigone carotidien,
- ✓ trigone musculaire,
- ✓ trigone submentonnier.

Tous ces trigones sont pairs sauf le trigone submentonnier.

L'os hyoïde divise le trigone antérieur en deux régions :

Les régions supra-hyoïdienne et infra-hyoïdienne.

La région supra-hyoïdienne contient quatre muscles :

Les muscles mylo-hyoïdien, digastrique, stylo-hyoïdien, génio-hyoïdien.

La région infra-hyoïdienne contient quatre muscles :

Les muscles omo-hyoïdien, sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, thyro-hyoïdien.

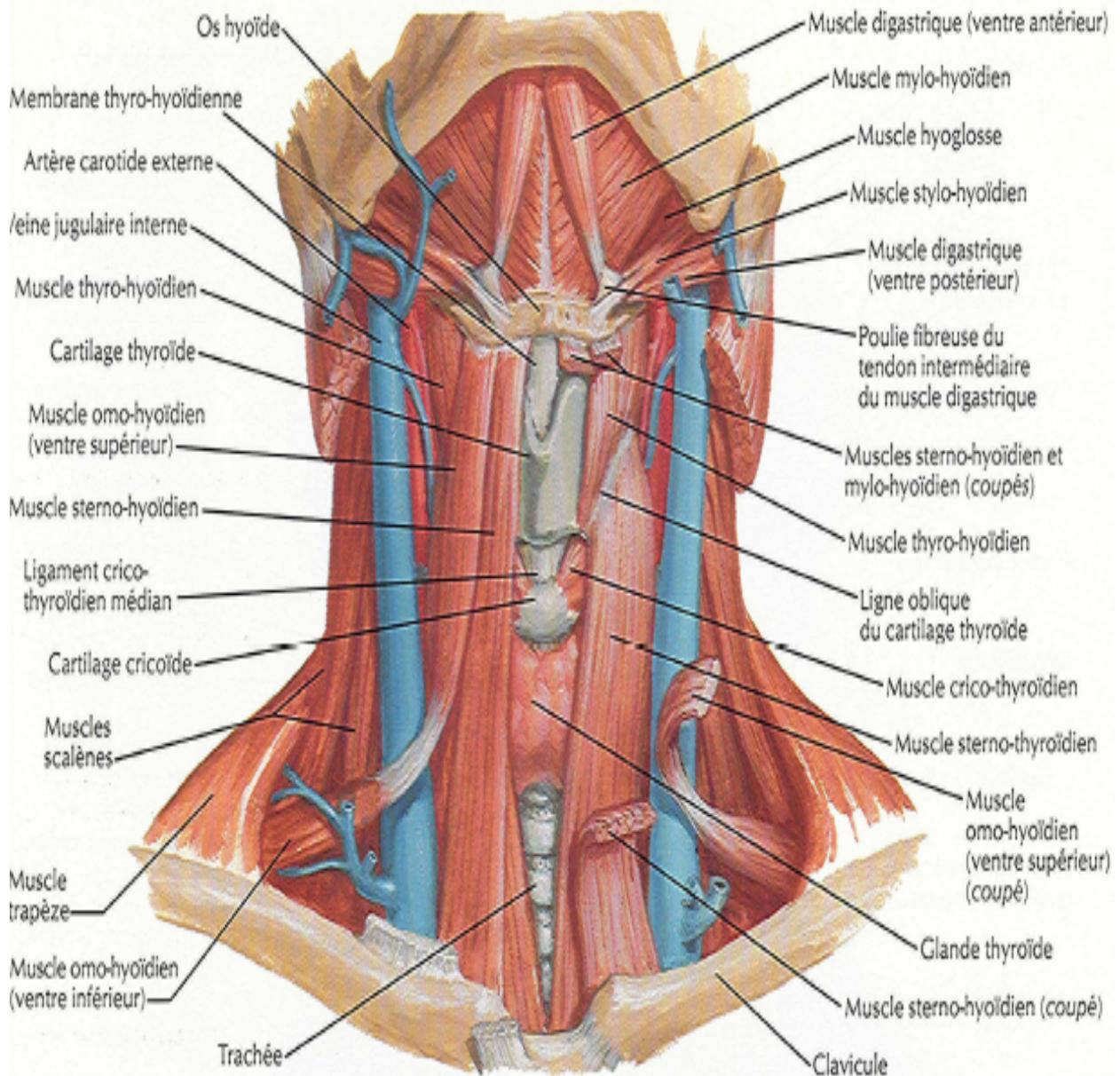
La région infrahyoïdienne comprend deux parties :

La région infrahyoïdienne médiane contenant l'axe viscéral du cou et la loge thyroïdienne.

La région infrahyoïdienne latérale, elle-même subdivisée en deux régions : les régions sterno-cléido-mastoïdienne et supraclaviculaire [2].

## Muscles infra-hyoïdiens et supra-hyoïdiens

VOIR AUSSI LA PLANCHE 47



**Figure 1** : Trigone antérieur du cou : muscles infra-hyoïdiens et supra-hyoïdiens

**Source** : Précis d'anatomie clinique de la tête et cou :NORTON, NETTER [1]

M. Konaté N'faly

Thèse de médecine

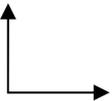
Interne des hôpitaux

CHU-GT Service d'ORL et CCF

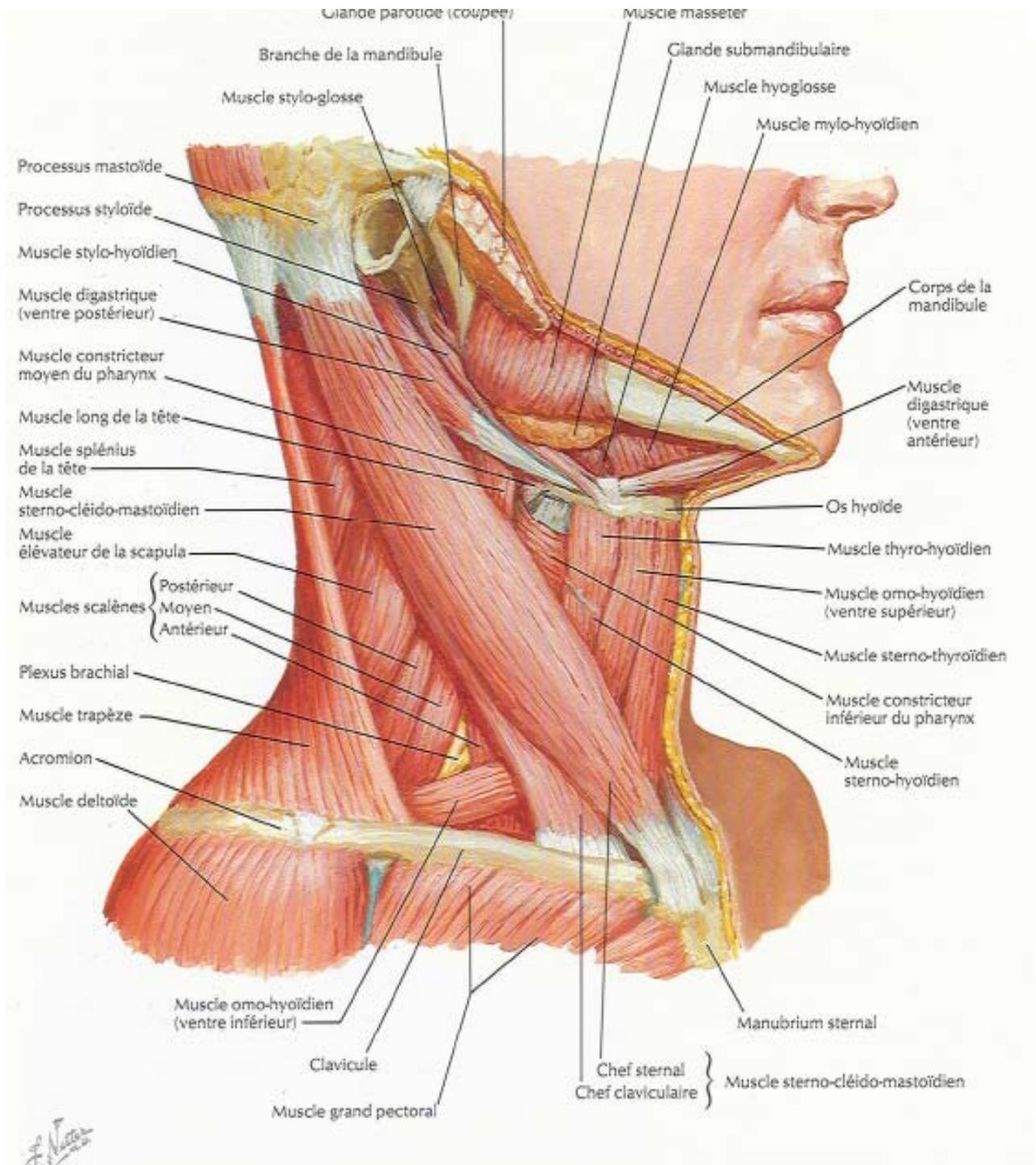
## 1-2- Trigone postérieur :

- ✓ Bords : correspondent au :
  - bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien moyen de la clavicule,
  - bord antérieur du muscle trapèze.
- ✓ Plancher : composé des muscles :
  - le semi-épineux de la tête, le splénius de la tête, l'élévateur de la scapula, le scalène postérieur, le scalène moyen, le scalène antérieur.
- ✓ Contenu : les artères (subclavière(3<sup>ème</sup> portion), occipitale, supra-scapulaire, cervicale transverse et scapulaire dorsale) ; les veines (jugulaire externe, occipitale, supra-scapulaire et cervicale transverse) ; les nerfs (plexus cervical, accessoire, scapulaire dorsale, thoracique long, supra-scapulaire, rameaux et tronc du plexus **brachial**).

Haut



Avant

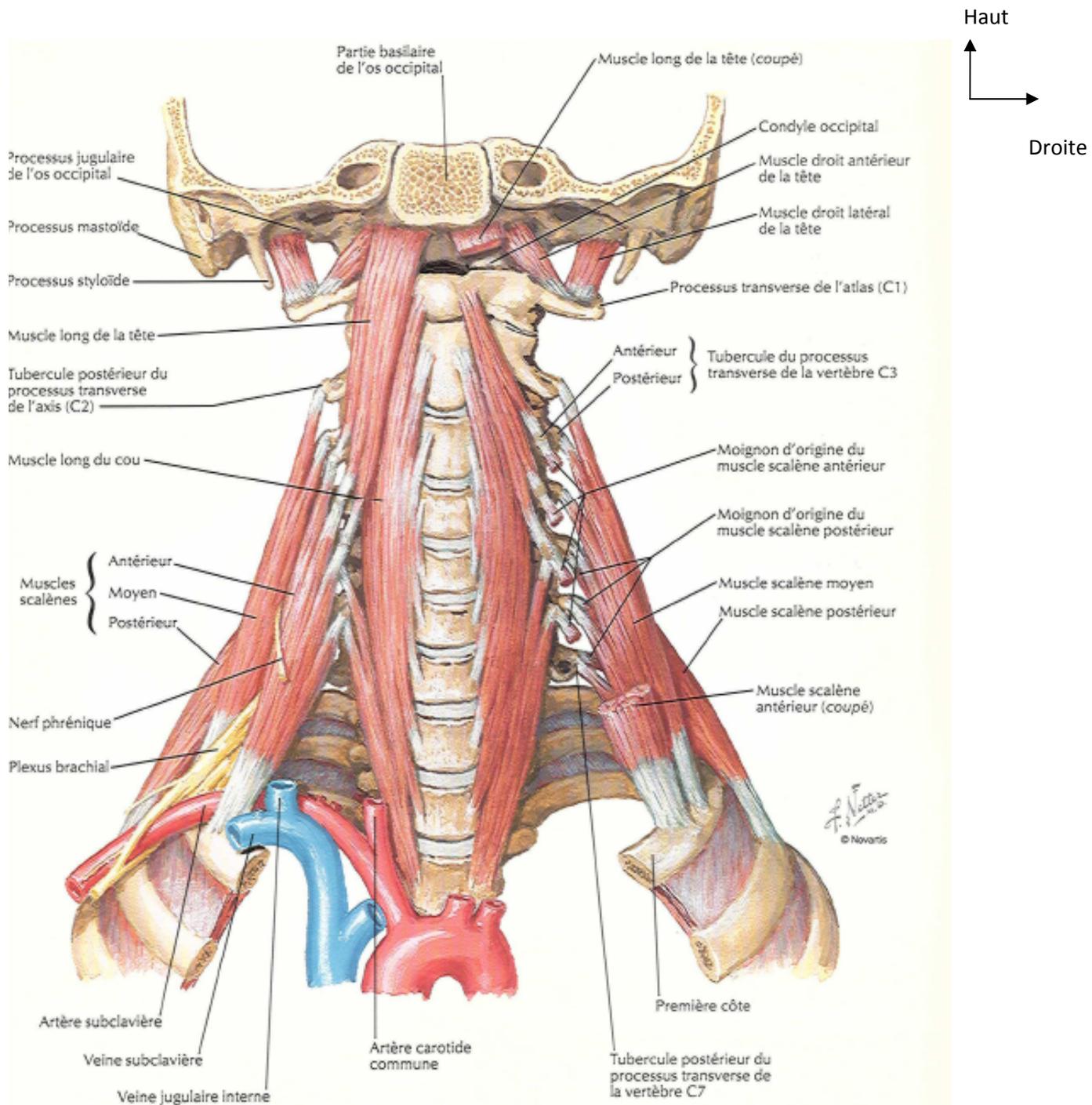


**Figure 2 :** Trigone postérieur du cou

**Source :** Précis d'anatomie clinique de la tête et cou : NORTON, NETTER [1]

### **1-3- Trigone suboccipital :**

- ✓ Bords : correspondent au
  - muscle oblique supérieur de la tête,
  - muscle oblique inférieur de la tête,
  - muscle grand droit postérieur de la tête.
- ✓ Le toit est formé de tissu conjonctif dense ; le plancher est formé par la membrane atlanto-occipitale postérieure et l'arc postérieur de l'atlas.
- ✓ Contenu : les artères et veines vertébrales, les nerfs grand occipital et suboccipital, les muscles grand droit postérieur de la tête, petit droit postérieur de la tête, oblique supérieur de la tête et oblique inférieur de la tête.



**Figure 3 :** Muscles scalène et prévertébraux

**Source :** Précis d'anatomie clinique de la tête et cou : NORTON, NETTER [1]

## **1-4-Vascularisation du cou :**

**1-4.1 Artères :** proviennent des branches des artères carotides communes et des artères subclavières.

**Artère carotide commune :** naît du tronc artériel brachiocéphalique à droite et directement de l'aorte à gauche. Elle monte dans le cou et se bifurque au bord supérieur du cartilage thyroïde à la hauteur de C3 pour donner les artères carotides interne et externe.

**Artère subclavière :** naît du tronc artériel brachiocéphalique à droite et directement de l'aorte à gauche.

Elle donne quatre branches : les troncs thyrocervical et costocervical, l'artère vertébrale et la scapulaire dorsale.

Le tronc thyrocervical se divise en trois branches : l'artère thyroïdienne inférieure, l'artère suprascapulaire, l'artère cervicale transverse.

Le tronc costocervical se divise en deux branches : la cervicale profonde, l'intercostale suprême.

La vertébrale pénètre dans le foramen transverse de C6, contourne l'atlas traverse le foramen magnum pour entrer dans le crâne.

L'artère scapulaire dorsale naît soit de l'artère subclavière soit de l'artère cervicale transverse pénètre dans le plexus brachial pour atteindre la partie postérieure du cou.

**La carotide interne** chemine dans la gaine carotidienne avec la veine jugulaire interne et le nerf vague.

**La carotide externe** donne cinq branches : l'artère thyroïdienne supérieure, l'artère linguale, l'artère faciale, l'artère pharyngienne ascendante, l'artère occipitale.

#### **1-4.2-Veines:**

La **veine jugulaire interne**, en continuité avec le sinus sigmoïde s'anastomose avec la **veine subclavière** pour former le **tronc veineux brachiocéphalique**.

La **veine occipitale** chemine de la superficie vers la profondeur en passant entre les insertions du muscle sternocléidomastoïdien, elle possède une veine émissaire mastoïdienne qui s'anastomose avec le sinus transverse pour se jeter dans la veine jugulaire interne.

La **veine faciale** naît de la veine angulaire, chemine vers le bas le long de la face latérale nasale et reçoit la veine nasale latérale. Elle se poursuit vers la joue et reçoit les veines labiales supérieure et inférieure. Elle se dirige vers le plexus ptérygoïdien, rejoint la branche antérieure de la veine retromandibulaire pour former le tronc thyrolinguofacial avant de se jeter dans la jugulaire interne.

La **veine linguale** chemine avec la veine faciale et se jette dans la veine jugulaire interne.

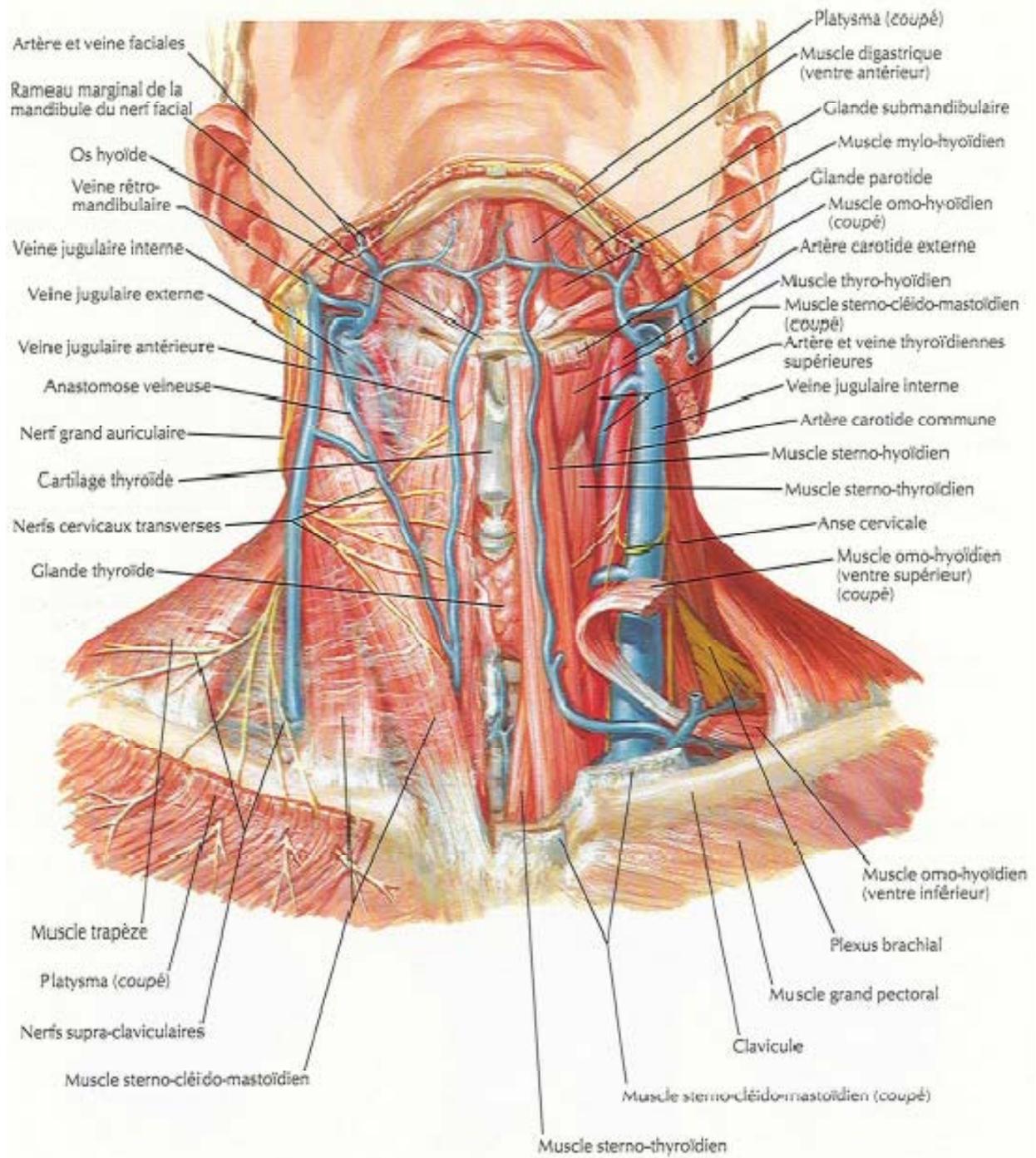
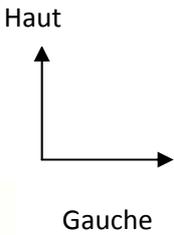
Les **veines pharyngiennes** proviennent du plexus pharyngien et se drainent dans la veine jugulaire interne.

La **thyroïdienne supérieure** forme un plexus veineux sur la glande thyroïde avec les veines thyroïdiennes moyenne et inférieure avant de se drainer dans la veine jugulaire interne.

La **veine jugulaire externe** est formée par l'union de la branche postérieure des veines retromandibulaire et auriculaire postérieure, elle chemine en profondeur du plastron et se jette dans la veine subclavière.

La **veine cervicale transverse** et la **veine suprascapulaire** se jettent dans la veine jugulaire externe.

La **veine jugulaire antérieure** naît d'une série de veines de la région submentonnaire descend en avant du muscle sternocléidomastoïdien et se draine soit dans la veine jugulaire externe soit dans la veine subclavière.



**Figure 4 :** Veines superficielles du cou

**Source :** Précis d’anatomie clinique de la tête et cou : NORTON, NETTER [1]

## 2-Rappel anatomique des chaînes ganglionnaires cervicales

### 2-1-Cercle péricervical de Cunéo et triangles de Rouvière[3]

Classiquement, on reconnaît une disposition aux ganglions lymphatiques reliés par un réseau de vaisseaux lymphatiques. Il existe une chaîne péricervicale de Cunéo (fig 5) longeant le bord inférieur de la mandibule, du menton jusqu'à l'angle mandibulaire.

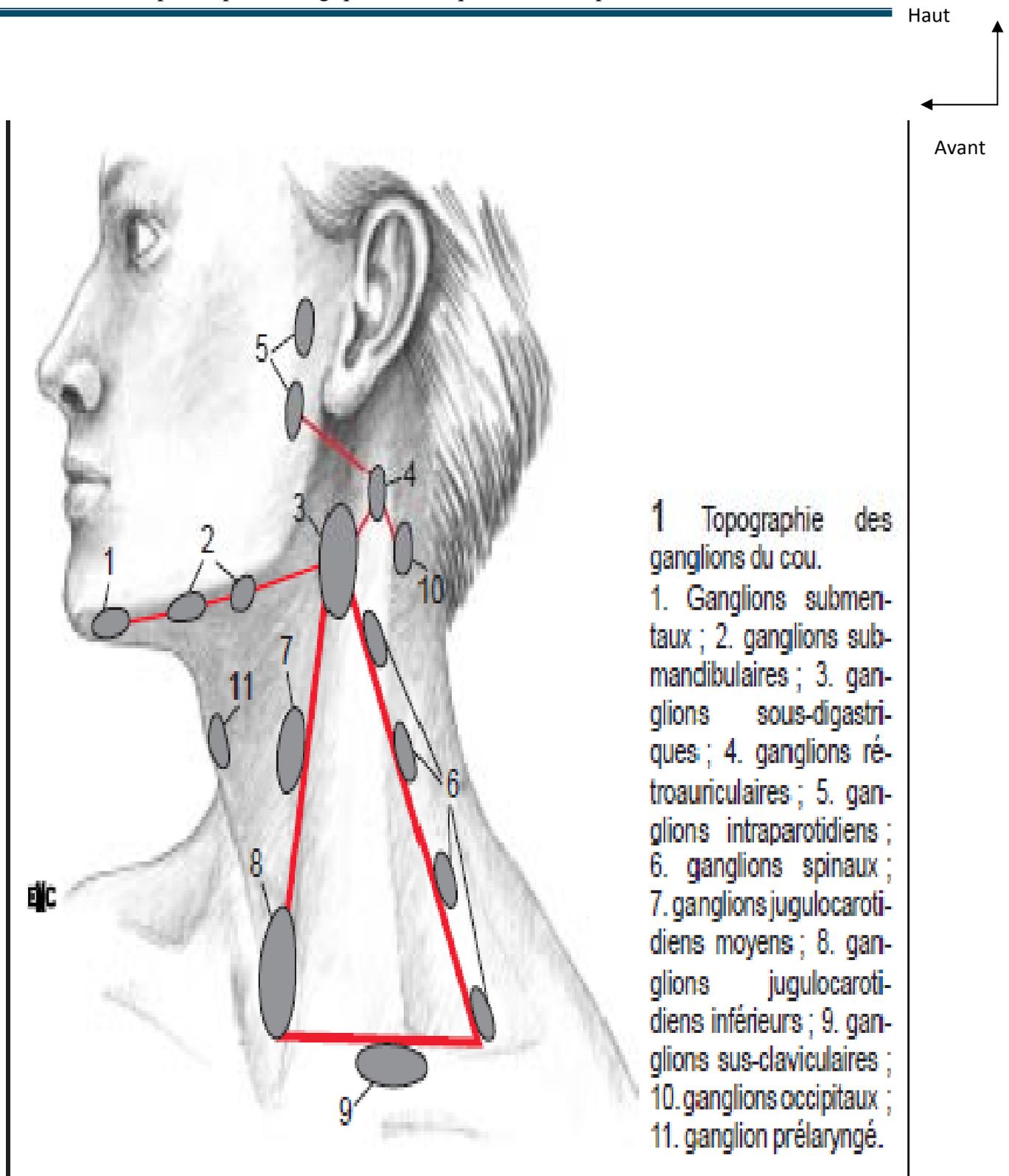
On décrit d'avant en arrière :

- les ganglions sous-mentaux ;
- les ganglions sous-mandibulaires
- les ganglions haut-situés de la région sous-digastrique;
- les ganglions mastoïdiens ;
- les ganglions occipitaux.

Le triangle de Rouvière (fig 5), de chaque côté, est formé de trois bords :

- Le bord antérieur correspond à la chaîne jugulocarotidienne contenant :
  - Les ganglions jugulocarotidiens supérieurs ou sous-digastriques dont le plus volumineux est le ganglion de Küttner. Ce ganglion semble être le carrefour de drainage des VADS et de la région cervicofaciale;
  - Les ganglions jugulocarotidiens moyens ou sus-omohyoïdiens;
  - Les ganglions jugulocarotidiens inférieurs;
- Le bord inférieur est formé par la chaîne sus-claviculaire ou cervicale transverse. Du côté gauche, elle contient le ganglion de Troisier confluant du canal thoracique;
- Le bord postérieur est formé par la chaîne spinale le long de la branche externe du nerf spinal, du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien au bord antérieur du muscle trapèze.

Chaque triangle de Rouvière est relié de chaque côté au cercle péricervical au niveau de la région sous-digastrique.



**Figure 5** : Topographie des ganglions du cou

**Source** : Manuel du resident d'ORL [3]

## **2-2-Groupes ganglionnaires : nomenclature [3 ;39]**

On reconnaît dans le cou plusieurs groupes ganglionnaires. La nomenclature internationale proposée par le MemorialSloanKettering Cancer Center de New York, révisée par l'American Head and Neck Society et l'American Academy of Otolaryngology, en 2002, précise ces groupes qui correspondent à des territoires de drainage précis (fig 6). [3]

### **2-2.1-Groupe sous-mentomandibulaire :**

Il correspond à la terminologie de groupe I de la nomenclature internationale.

Il draine les régions des lèvres, de la pyramide nasale, du plancher buccal et de la langue mobile. La région sous-mandibulaire contient la loge sousmaxillaire dans laquelle se situe principalement la glande sous-maxillaire ou sous-mandibulaire. Les ganglions sous-mandibulaires sont toujours situés sous le bord inférieur de la mandibule ou légèrement en dehors de ce bord inférieur et toujours à la face externe de la glande sous-mandibulaire. D'avant en arrière, on décrit les groupes pré glandulaires, prévasculaires, rétrovasculaires (par rapport aux vaisseaux faciaux) et rétro glandulaires.

### **2-2.2-Territoire sous-digastrique ou jugulocarotidien supérieur :**

Le territoire sous-digastrique et le groupe rétrospinal sont réunis dans le groupe II de la nomenclature. La région sous-digastrique est limitée en avant et en haut par le bord inférieur du ventre postérieur du muscle digastrique.

Celui-ci sépare la région sous-mandibulaire de la région sous-digastrique.

Elle est limitée en arrière par les muscles de la nuque. Elle est séparée en deux parties par la branche externe du nerf spinal, une partie rétrospinale contenant les ganglions de la chaîne spinale. En avant et en arrière de la veine jugulaire interne se situent les ganglions sous-digastriques dont le principal est le ganglion de Küttner. Celui-ci se situe à la face antérieure et externe de la veine jugulaire interne. C'est le carrefour de drainage des VADS et des régions latérofaciales.

Ceci explique que les adénopathies sous-digastriques sont les plus fréquentes quand existe une infection ou une tumeur maligne des VADS.

Le groupe sous-digastrique draine les trois étages du pharynx, la cavité buccale, le larynx et la glande thyroïde. Véritable carrefour de drainage, il sert de relais pour les territoires ganglionnaires sousmandibulaire, parotidien et sus-omohyoïdien. Le groupe rétrospinal draine le cavum, la loge parotidienne et l'oreille.

### **2-2.3-Groupe sus-omohyoïdien ou jugulocarotidien moyen :**

Il correspond au territoire III. La région sus-omohyoïdienne se situe au dessus et à cheval du tendon intermédiaire du muscle omohyoïdien au moment où celui-ci croise en avant et en dehors la veine jugulaire interne. Les tuméfactions de cette région sont dues le plus souvent à des adénopathies, qu'elles soient situées en avant de la veine jugulaire interne ou en arrière de celle-ci.

Il draine l'oro- et l'hypopharynx, le larynx, la cavité buccale et la glande thyroïde.

### **2-2.4-Groupe jugulocarotidien inférieur ou territoire IV :**

Il contient essentiellement des ganglions pré- et rétrovasculaires. Ses rapports sont très étroits avec le lobe latéral du corps thyroïde. Il draine le larynx, l'hypopharynx, la glande thyroïde et les territoires thoraciques et abdominogénitaux par l'intermédiaire du canal thoracique.

### **2-2.5-Groupe cervical transverse et spinal**

Il correspond au triangle postérieur du cou (V). Il est limité en arrière par le bord antérieur du muscle trapèze et en avant par la ligne sterno-cléido-mastoïdienne.

Il est parcouru essentiellement par la branche externe du nerf spinal, après son émergence du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Le long du nerf court la chaîne ganglionnaire spinale. Le bord inférieur de ce triangle est formé par la clavicule

au-dessus de laquelle cheminent les vaisseaux cervicaux transverses, accompagnés de la chaîne cervicale transverse ou susclaviculaire.

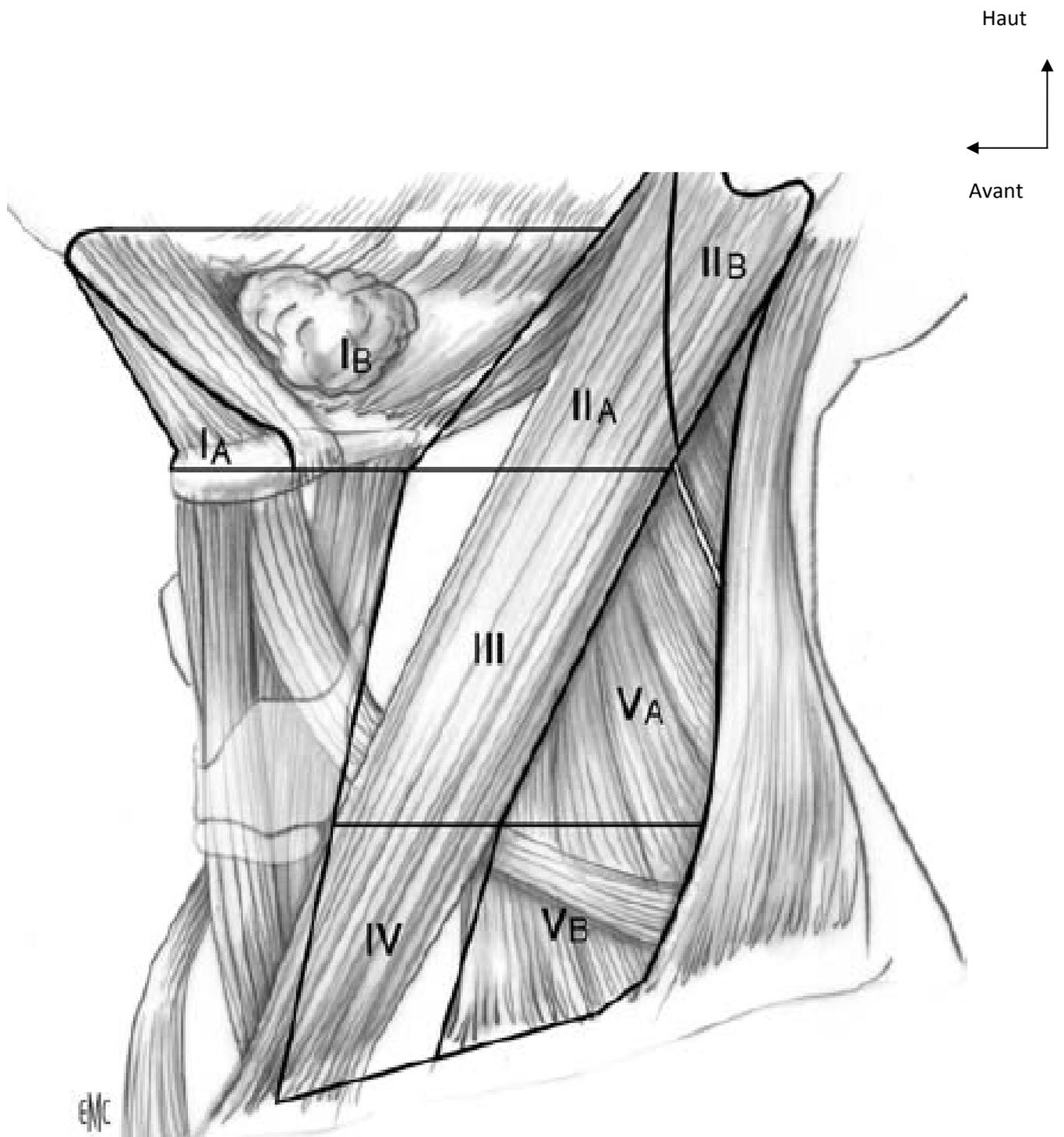
Les ganglions drainent la région parotidienne, le rhino- et l'oropharynx pour la chaîne spinale et les organes thoraciques et abdominogénitaux pour la chaîne cervicale transverse.

#### **2-2.6-Territoire VI :**

Correspond aux ganglions préviscéraux étendus de la région sous-mentale aux groupes prétrachéaux en passant par le ganglion préaryngé. Les ganglions préaryngés drainent le larynx.

#### **2-2.7-Territoire VII : groupe médiastinal supérieur.**

C'est le tissu ganglionnaire situé à la partie antérosupérieure du médiastin.



**Figure 6 :** Les groupes ganglionnaires cervicaux

**Source :** Manuel du resident- techniques chirurgicales tête et cou [39]

**2-3- Tableau I : Classification topographique des chaînes ganglionnaires cervicales et leurs sites de drainage [3,4]**

Groupes		Territoires	Sites de drainage
Groupe I	Ia	Sousmental	Lèvres, cavité buccale, pyramide nasale
	Ib	sousmandibulaire	
Groupe II	IIa	Sous-digastrique	Larynx, trois étages pharyngés, thyroïde, cavité buccale, parotide, oreille
	IIb	Spinal haut	
Groupe III		Sus-omohyoïdien	Larynx, trois étages pharyngés, thyroïde, cavité buccale
Groupe IV		Jugulaire inférieur	Larynx, oro- et hypopharynx, thyroïde, organes thoraciques, abdominopelviens
Groupe V	Va	Spinal bas	Rhino- et oropharynx, parotide, oreille
	Vb	Susclaviculaire	
Groupe VI		préviscéral	Larynx, trachée, œsophage, glande thyroïde
Groupe VII		Médiastinal supérieur	Œsophage, trachée, bronches, thyroïde, poumons

## **2-4-Systématisation des lymphocentres cervicaux [2]**

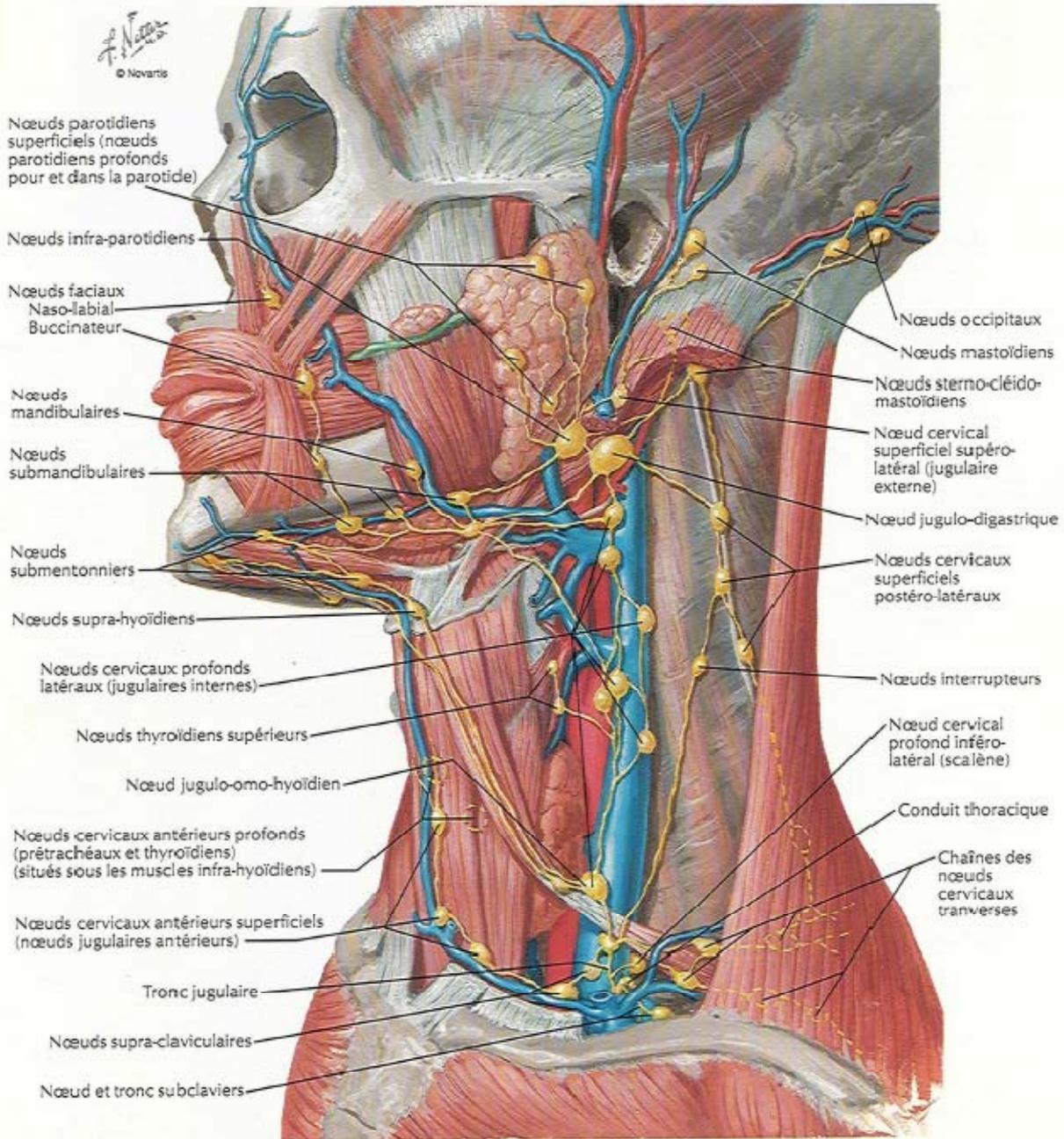
On distingue : le lymphocentre cervical superficiel et le lymphocentre cervical profond.

### **2-4.1-Le lymphocentre cervical superficiel :**

Le lymphocentre cervical superficiel suit les veines jugulaires antérieures et externes.

**Vaisseaux et nœuds lymphatiques de la tête et du cou**

VOIR AUSSI LA PLANCHE 197



**Figure 7** : Vaisseaux lymphatiques de la tête et du cou

**Source** : Précis d'anatomie clinique de la tête et cou : NORTON, NETTER [1]

### **2-4-2- Le lymphocentre cervical profond:**

Le lymphocentre cervical profond comprend deux parties : une partie médiane au contact de l'axe viscéral du cou comprenant les nœuds rétropharyngiens, préaryngés et latérotrachéaux ; et une partie latérale au contact de l'axe vasculaire du cou.

Le lymphocentre cervical profond latéral, situé dans la région sterno-cléido-mastoïdienne, s'inscrit dans un triangle dont le sommet est situé en arrière de l'angle de la mandibule sous la partie inférieure du ventre postérieur du muscle digastrique. Ce sommet est occupé par les nœuds jugulo-digastriques.

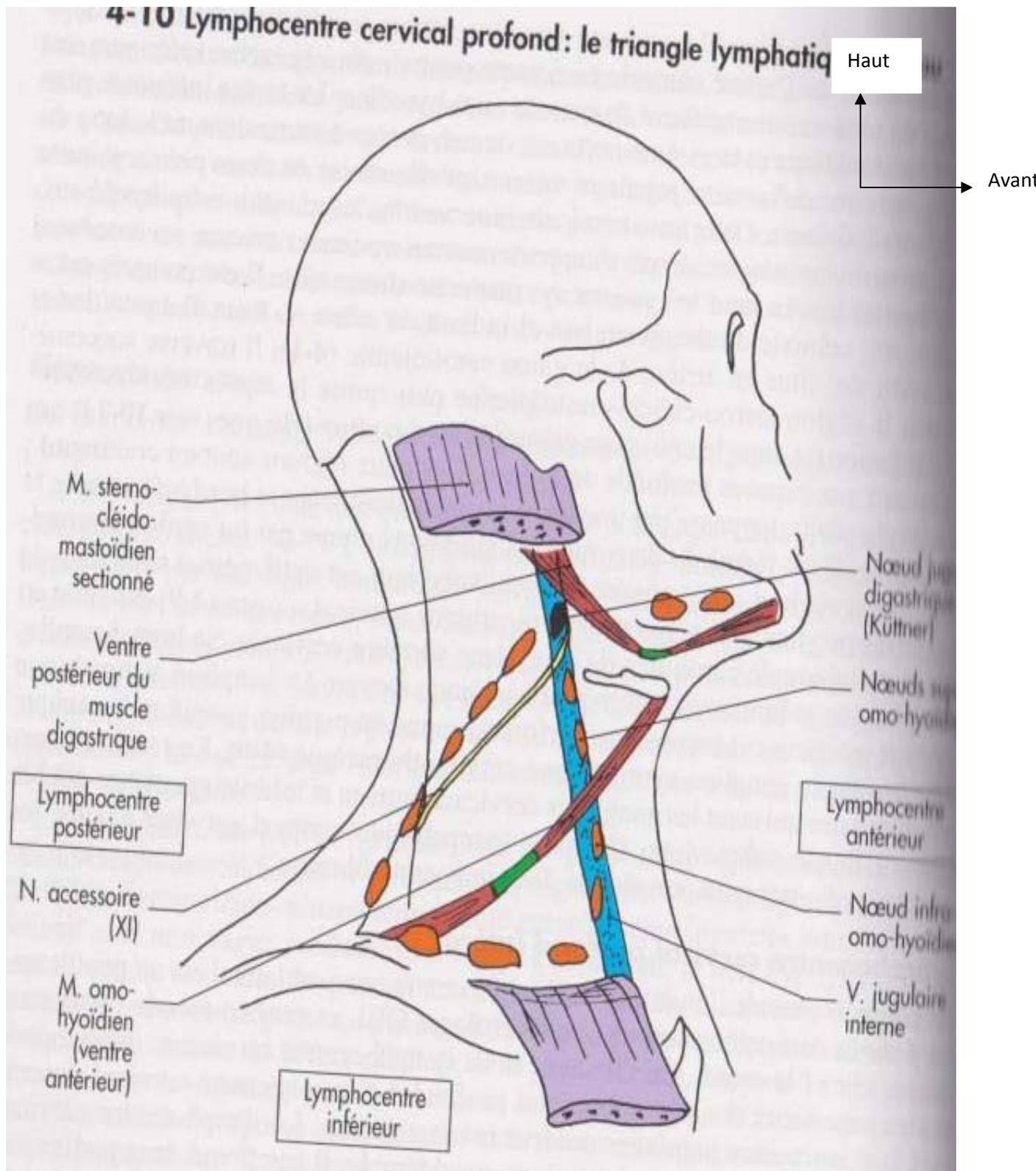
A partir du sommet de ce triangle deux groupes de lymphocentres s'individualisent :

- le lymphocentre postérieur suit la branche externe du nerf accessoire jusqu'à la région supraclaviculaire ;
- le lymphocentre antérieur suit les vaisseaux jugulo-carotidiens. On le divise en deux parties par rapport au muscle omo-hyoïdien.

Les nœuds situés au dessus de ce muscle sont les nœuds jugulo-supra-omo-hyoïdiens. Ils reçoivent des afférences provenant des lymphocentres submandibulaires, du larynx, de l'hypopharynx et de la glande thyroïde.

Les nœuds situés au dessous du muscle omo-hyoïdien sont les nœuds jugulo-infra-omo-hyoïdiens. Ils reçoivent des afférences provenant de la glande thyroïde.

Le triangle est fermé en bas par un lymphocentre inférieur qui suit l'artère transverse du cou.



**Figure 8** : Triangle lymphatique du cou

**Source** : Pierre Bonfils anatomie ORL [2]

## **2-5-Rappels histologiques**

### **2-5.1-Le système vasculaire lymphatique [3]**

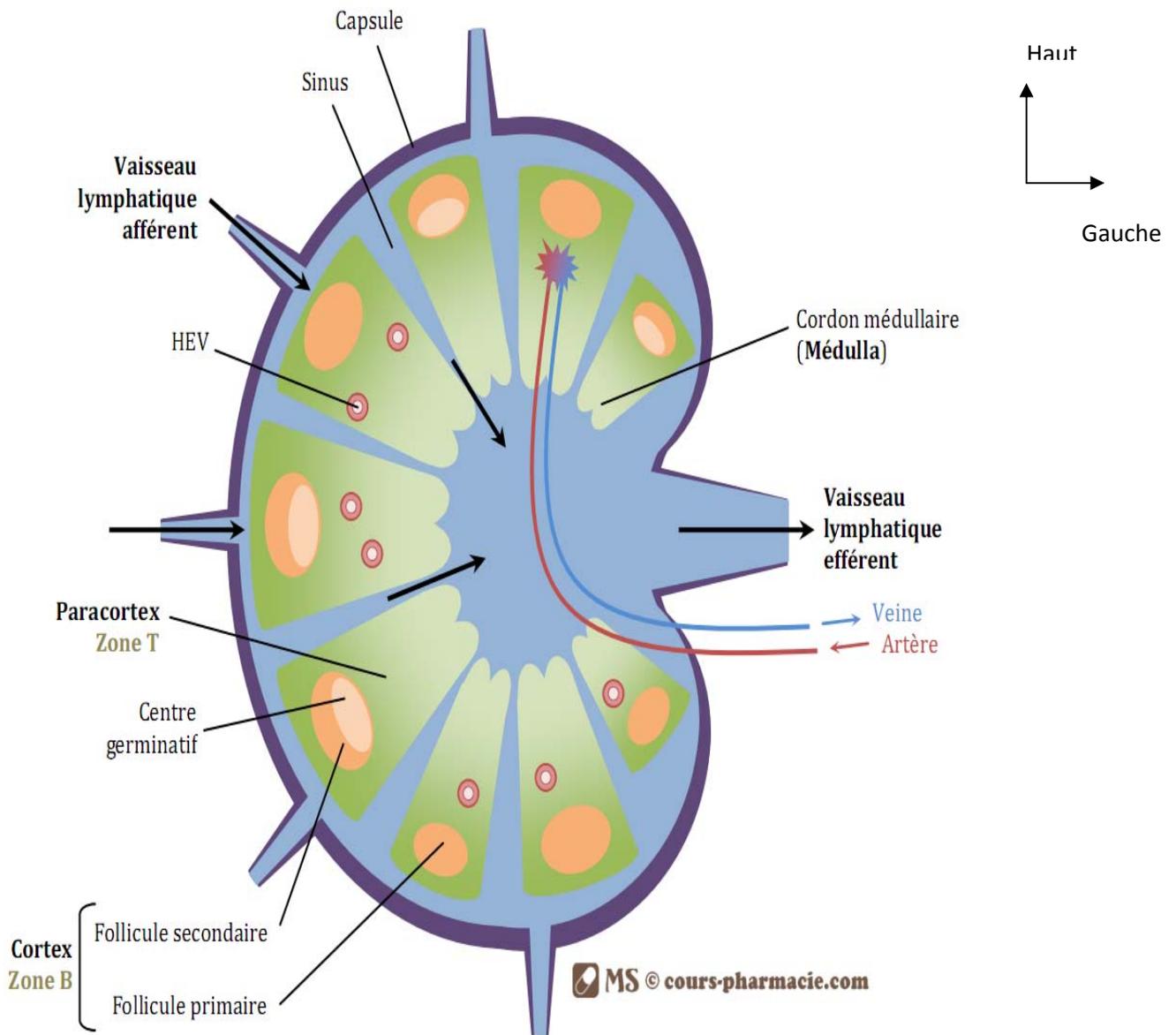
La lymphe est formée par extravasation de liquide extracellulaire selon des lois de la pression hydrostatique. À partir de capillaires, les vaisseaux lymphatiques afférents se drainent dans le sinus souscapsulaire des ganglions puis, par l'intermédiaire des sinus médullaires, donnent naissance aux vaisseaux lymphatiques efférents. Ces derniers convergent, puis rejoignent le système veineux par le canal thoracique à gauche et la grande veine lymphatique à droite.

### **2-5.2-Ganglion lymphatique**

Les ganglions lymphatiques, amas de lymphocytes groupés en structures encapsulées et organisées, sont des organes réniformes de taille variable entre 3 et 6 mm à l'état physiologique ; situés sur le trajet des gros vaisseaux lymphatiques. Les lymphocytes T et B y accèdent par la vascularisation sanguine et lymphatique afférente.

Chaque ganglion possède un système lymphatique afférent développé et un seul vaisseau lymphatique efférent. Les follicules lymphoïdes, riches en lymphocytes B, sont présents dans la zone corticale. La zone paracorticale contient essentiellement des lymphocytes T.

L'aspect histologique d'un ganglion, à un moment donné, reflète la stimulation antigénique locale et l'état immunologique de l'individu. Ainsi, le cortex contient en proportions variables des follicules lymphoïdes primaires n'ayant pas subi de stimulation antigénique, contrairement aux follicules lymphoïdes secondaires dont le centre germinatif clair est constitué de cellules lymphoïdes à haute activité mitotique



**Figure 9** : Structure du ganglion lymphatique ;

**Source** internet : <http://www.cours-pharmacie.com/images/ganglion-lymphatique-cortex-paracortex-medulla.png>[36]

### 3-Physiologie du ganglion lymphatique

Les ganglions lymphatiques sont les carrefours de la circulation hémolymphatique [5]. Ils drainent la lymphe émanant du liquide interstitiel qui baigne tous les tissus, et jouent le rôle de véritables filtres, permettant par une concentration des antigènes, d'optimiser les rencontres entre les cellules devant collaborer à la réponse immunitaire.

Les sinus médullaires sont très lâches et sont le site des contacts cellulaires avec les antigènes amenés par la lymphe.

La lymphe et les cellules qu'elle contient sort des ganglions par un canal efférent et l'ensemble du réseau lymphatique est collecté par le canal thoracique qui se déverse ensuite dans la veine sous-clavière.

Ainsi les ganglions lymphatiques assurent quatre fonctions, qui sont :

- Filtration non spécifique de substances particulières et de micro-organismes, à partir de la lymphe, par activité phagocytaire des macrophages
- Interaction des lymphocytes circulants avec la lymphe qui contient l'antigène
- Agrégation, activation et prolifération des lymphocytes B
- Agrégation, activation et prolifération des lymphocytes T

Cette organisation singulière avec une circulation et une recirculation hémolymphatique facilite les échanges entre tous les partenaires cellulaires impliqués dans la réponse immunitaire [5].

#### 4-Physiopathologie de l'adénopathie [5]

Le ganglion lymphatique est un organe spécialisé dans l'initiation et l'amplification de la réponse immune spécifique dépendante de l'antigène. C'est un organe essentiel dans l'élaboration de la réponse immunitaire spécifique : c'est le lieu de drainage des antigènes tissulaires, de la présentation de l'antigène (Ag) et un site d'immunopoïèse par les cellules présentatrices de l'Ag (CPA), de l'activation et de l'expansion clonale des lymphocytes T puis B. Ces processus aboutissent à la réponse effectrice cellulaire T cytotoxique et humorale B. L'exécution de la réponse immunitaire (élimination de l'antigène) aura lieu au site tissulaire d'introduction de l'Ag, site responsable de l'élaboration de la réponse inflammatoire vasculaire d'abord, puis cellulaire (rôle des chémokines attractives des cellules de la réponse immunitaire). Une telle réponse immunitaire implique des phénomènes de reconnaissance cellulaire homologues dépendants des molécules du système d'histocompatibilité tissulaire (système HLA). L'augmentation du volume ganglionnaire peut résulter de :

- Une réponse immunitaire physiologique secondaire à une stimulation antigénique locale ou systémique, impliquant les cellules présentatrices de l'antigène (formation de cellules épithélioïdes et de cellules géantes) et les lymphocytes T et B.
- L'expansion clonale incontrôlée et/ou de la survie anormale de cellules CPA et lymphocytaires B ou T.
- La colonisation du ganglion par des cellules extrahématopoïétiques .

## 5-Etude clinique des adénopathies cervicales :

### 5-1-Circonstance de découverte : [8]

Les adénopathies cervicales sont découvertes le plus souvent lors d'un examen médical systématique ou orienté devant les symptômes évocateurs, lors du bilan extension d'un cancer des VADS ou lors du bilan d'une hémopathie, lors du bilan étiologique d'une tuméfaction cervicale, plus rarement par le patient lui-même.

### 5-2-Examen clinique : [3 ; 4]

#### 5-2.1-Interrogatoire

Il va rechercher les antécédents, les modalités d'apparition de l'adénopathie et les signes fonctionnels qui pourraient orienter le diagnostic.

#### **Antécédents :**

- ✓ une radiothérapie cervicale dans l'enfance prédispose au cancer de la glande thyroïde ;
- ✓ une tuberculose ou primo-infection, quoique rarement, peut évoluer vers une tuberculose ganglionnaire cervicale ;
- ✓ des interventions chirurgicales de la face ou du cuir chevelu peuvent témoigner du traitement d'un carcinome ou d'un mélanome susceptible d'évoluer vers des métastases ganglionnaires cervicales ;
- ✓ le traitement d'une maladie de système ;
- ✓ une intoxication alcool-tabagique oriente préférentiellement vers un carcinome des VADS.

### **Date d'apparition et les conditions de survenue de l'adénopathie**

### **Signes fonctionnels oto-rhino-laryngologiques:**

- ✓ une dysphagie, une otalgie ou une odynophagie qui orientent vers le pharynx ou le vestibule laryngé ;
- ✓ une dysphonie ou une dyspnée laryngée qui orientent vers le larynx ;
- ✓ une obstruction nasale ou des épistaxis qui orientent vers le cavum ou les cavités naso-sinusiennes ;
- ✓ une surdité ou sensation de plénitude de l'oreille orientant vers une otite séro-muqueuse liée à un cancer du cavum.

**Age :** il est classique, devant une adénopathie maligne chez un sujet de plus de 50 ans, de rechercher un cancer ORL et chez les sujets jeunes, une hémopathie maligne. Ceci doit être tempéré par le fait que les carcinomes pharyngo-laryngés et de la cavité buccale apparaissent chez des sujets de 40 ans de plus en plus fréquemment.

Par ailleurs, les cancers du cavum peuvent être dépistés chez des adolescents et se manifestent souvent par des adénopathies cervicales prévalentes.

Chez l'enfant, la pathologie ganglionnaire cervicale inflammatoire ou infectieuse est plus fréquente.

Les facteurs de race doivent être pris en considération : un transplanté est exposé au risque de tuberculose, un Maghrébin ou un Asiatique (Vietnam, Chine du Sud-Est) au cancer du cavum.

### **5-2.2-Examen physique**

Il précise le siège et les caractères de l'adénopathie. L'examineur se place derrière le sujet et étudie :

- son siège exact ;
- le nombre, l'uni- ou la bilatéralité des adénopathies ;
- sa taille précise ; ces données seront mentionnées sur un schéma daté ;
- sa sensibilité ;

- sa consistance, l'apparence collectée ou non ;
- le caractère inflammatoire ou non ;
- la fixité aux plans profonds ou à la peau.

L'examen des autres aires ganglionnaires cervicales explore :

- les territoires jugulocarotidiens, sous-digastrique, sus-omohyoïdien ;
- le territoire spinal (chaîne cervicale postérieure) ;
- le territoire sus-claviculaire (cervical transverse) ;
- le territoire sous-mandibulaire ;
- sur la ligne médiane, le territoire sous-mental et sous-hyoïdien pré-laryngé et pré-trachéal ;
- les chaînes occipitales mastoïdiennes et parotidiennes.

Un examen oto-rhino-laryngologique complet est indispensable avant d'entreprendre tout acte diagnostique, surtout invasif, et bien sûr avant tout traitement. Cet examen est réalisé sous bon éclairage, au besoin à l'aide d'un nasofibroscope oto-rhino-laryngologique. Il explore la cavité buccale, les trois étages du pharynx, le larynx, les fosses nasales, les oreilles.

Le toucher buccopharyngé est un temps très important de l'examen pour ne pas laisser passer une lésion maligne de la région amygdalienne ou de la base de la langue.

On recherche une tuméfaction de la glande parotide ou de la thyroïde, une lésion tumorale cutanée ou du cuir chevelu, tous foyers potentiels d'une tumeur maligne primitive.

L'examen clinique général s'attache à explorer en particulier les autres aires ganglionnaires, le foie et la rate. On examine la peau de la région cervicale, scapulaire et thoracobrahiale.

### **5-3-Examens complémentaires**

#### **5-3.1-Biologie :**

##### **5-3.1-1- Numération formule sanguine et vitesse de sédimentation :**

Pour le dépistage d'un processus infectieux (mononucléose,hyperleucocytose bactérienne ou neutropénie virale) ou d'une hémopathie.

##### **5-3.1-2- Intradermoréaction (IDR) à la tuberculine : tuberculose.**

##### **5-3.1-3- Tests sérologiques :**

Mononucléose infectieuse, toxoplasmose, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), syphilis.

Les autres examens biologiques seront demandés en fonction du contexte.

#### **5-3.2- Bactériologie :**

Par ponction ganglionnaire du pus, un examen direct et une mise en culture peuvent être pratiqués. Avant un tel geste, il est indispensable de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un processus aux dépens du tissu salivaire (glande parotide ou sous-maxillaire), car alors la ponction est formellement proscrite. Il faut spécifier au laboratoire les orientations diagnostiques pour le choix d'éventuels milieux spéciaux de culture ou la recherche de parasites.

#### **5-3.3-Imagerie**

##### **5-3-3-1 Radiographie pulmonaire[3.4]**

L'imagerie comprend au minimum une radiographie pulmonaire face et profil. On recherche, en particulier, une opacité évoquant une tumeur intrathoracique ou une lésion calcifiée ou excavée évoquant un foyer tuberculeux.

##### **5-3-3-2 Échographie cervicale[37]**

L'échographie représente l'examen morphologique le plus simple et le moins coûteux.

L'échographie cervicale a donc pour intérêt de confirmer le diagnostic d'adénopathie cervicale, de préciser sa forme et son siège ainsi que ses rapports avec les gros vaisseaux, de chercher certains signes de suspicion de malignité, de dépister d'autres adénopathies infra cliniques et de préciser son contenu liquidien ou non. L'examen au Doppler permet d'étudier la vascularisation de l'adénopathie.

L'échographie explore en même temps les loges thyroïdiennes, sub mandibulaires et parotidiennes.

La taille d'un ganglion lymphatique en échographie correspond au plus petit diamètre transversal. La mesure seuil est fixée à 10 mm dans les différents territoires sauf dans les territoires II (12 mm) et rétropharyngés (8 mm)[38].

❖ **Critères échographiques de malignité[38] :**

- Diamètre axial minimum de plus de 8 mm et un rapport de Solbiati (L/S : grand axe/ petit axe) inférieure à 1,5
- La forme arrondie.
- l'hypoéchogénicité.
- vascularisation anarchique, périphérique ou absente
- micro calcifications.
- kystisation.

**5-3-3-3 Tomodensitométrie :**

Elle est réalisée de préférence avec injection de produit de contraste pour :

- situer la tuméfaction par rapport aux gros vaisseaux cervicaux ;
- préciser l'aspect régulier ou non des parois de la tuméfaction (effraction capsulaire) ;
- préciser son caractère hypodense en faveur d'un kyste ou d'une nécrose intratumorale ou d'origine infectieuse ;
- préciser le degré de prise de contraste, son caractère hétérogène ou homogène[3].

❖ **Critères scanographiques de malignité[38] :**

- caractère hétérogène et prise de contraste
- rupture capsulaire, contour irrégulier et infiltration de la graisse périphérique
- disparition du hile graisseux
- indice de Solbiati inférieure à 1,5.

**5-3-3-4- Imagerie par résonance magnétique nucléaire**

Elle n'est demandée pour le moment que dans le cadre d'études cliniques. Elle pourrait permettre, en cas d'adénopathie cervicale maligne sans foyer primitif retrouvé, de dépister une lésion minime de la base de la langue.

**5-3-3-5-Tomographie d'émission de positons (TEP) ou PET-scan[9]**

C'est un examen scintigraphique visualisant in vivo et de façon non invasive, des processus biochimiques cellulaires.

❖ **Indications :**

- Dépistage des adénopathies infracliniques non accessible à la TDM.
- Recherche d'un foyer primitif
- Diagnostic des reliquats tumoraux et des récurrences ganglionnaires après un traitement

❖ **Technique :**

Le Fluor 18 est actuellement l'émetteur de positons le plus aisé à utiliser. Il est obtenu en marquant le désoxyglucose avec du fluor 18. Le FDG transmis par voie intra-veineuse entre dans les cellules et utilise leurs récepteurs transmembranaires. Le FDG est ensuite phosphorylé et s'accumule dans les cellules. L'utilisation du FDG en pratique clinique repose sur le fait que les cellules malignes et bénignes ne métabolisent pas le glucose avec la même intensité. Ce traceur utilise l'augmentation anormale de la glycolyse qui est une anomalie de la cellule tumorale. L'existence au niveau des cellules tumorales

d'une expression accrue des récepteurs transmembranaires du glucose et d'une intensification de l'activité des phosphatases intracellulaires explique que le FDG s'accumule dans la tumeur. Le positon une fois émis parcourt le tissu et lors de sa rencontre avec un électron du milieu biologique, libère deux photons, permettant de localiser le lieu d'émission. La détection de ce rayonnement nécessite des tomographes à émission de positons et des méthodes informatiques de reconstruction des images. Les images TEP de la distribution du traceur dans l'organisme donne une cartographie de l'activité du métabolisme glycolytique du corps entier et les zones hyperactives représentent les foyers d'hyperfixation.

❖ **Résultats** : plus sensible et plus spécifique que la tomодensitométrie.

### 5-3.3- Panendoscopie[3 ; 4]

**But :**

- localiser la lésion primitive et préciser son extension,
- recherche d'une localisation synchrone,
- pratiquer une biopsie de toute lésion suspecte.

**Indications** : suspicion d'une adénopathie maligne.

**Principe** : sous anesthésie générale, sans intubation. A l'aide d'optiques rigides de différents calibres, on réalise successivement une pharyngolaryngoscopie, une trachéobronchoscopie, une œsophagoscopie et une cavoscopie.

Les pièces de biopsies seront adressées en anatomopathologie pour étude histologique.

Certaines équipes utilisent le bleu de toluidine lors de l'endoscopie pour dépister des lésions préneoplasiques susceptibles de dégénérer.

### 5-3.4- Ponction cytologique ganglionnaire

Cet examen reste dépendant de l'expérience du médecin cytologiste et de la qualité de la ponction. Celle-ci dépend du volume et de la richesse cellulaire du prélèvement.

✓ **Indications :**

- métastase ganglionnaire d'un cancer local ou locorégional
- lymphomes,
- échec du traitement médical antituberculeux
- cytoponction ganglionnaire douteux
- Diagnostic d'une étiologie ganglionnaire rare

✓ **Technique :**

Il est pratiqué sur un patient en position allongée, de préférence au laboratoire de cytologie. On réalise successivement :

La désinfection locale—le repérage par les deux mains—l'immobilisation par une seule—la ponction avec ou sans aspiration.

Une analyse microbiologique (bactériologie, parasitologie, mycologie) complétera cet examen.

- ✓ **Résultats :** sensibilité de 84 %, spécificité de 98 % et d'une valeur prédictive de 95 %. Cependant, cet examen semble dépendre de l'expérience de l'opérateur et les résultats ne sont pas constants selon les études. Quel que soit le résultat de la ponction cytologique, il est confronté à l'examen histologique du ganglion.

### **5-3.5- Cervicotomie exploratrice avec analyse histologique extemporanée du ganglion[3, 4]**

C'est l'ouverture chirurgicale des différents espaces anatomiques du cou dans le but de réaliser l'exérèse complète du ganglion.

✓ **Indications :**

- Recherche étiologique des adénopathies cervicales
- Suspicion d'adénopathies métastatique sans foyer primitif
- Traitement des aires ganglionnaires
- Après une cytoponction
- Lorsque la cytoponction est contreindiquée

✓ **Technique :**

Sous anesthésie générale, l'incision est réalisée dans un pli du cou.

Le degré d'ouverture des différentes régions cervicales dépend du siège de l'adénopathie. L'exérèse est réalisée en bloc sans effractions de la capsule. La mise en place d'un drain est nécessaire avant la fermeture. L'examen anatomopathologique est extemporané doit-être réalisé.

✓ **Résultat :**

En cas de lésion bénigne, fin de l'intervention.

En cas de suspicion d'hémopathie maligne, l'adénopathie prélevée doit être envoyée dans un flacon stérile, dans une ambiance humide, dans les meilleurs délais. Après confirmation histologique extemporanée, différents prélèvements nécessaires au diagnostic et à l'évaluation pronostique sont effectués (immunomarquage, cytochimie, cytogénétique, biologie moléculaire).

En cas d'adénopathie maligne métastatique d'un carcinome malpighien, la cervicotomie est complétée par un évidement ganglionnaire cervical : il s'agit alors d'adénopathie maligne en apparence primitive. Le bilan préopératoire n'a pas pu mettre en évidence le foyer primitif du carcinome.

L'analyse définitive seule permet alors le diagnostic, aidée des techniques d'immunomarquage citées plus haut.

**5-3.6- Autres examens [3 ; 4]**

Si l'on suspecte une hémopathie maligne, une ponction sternale pour myélogramme peut être effectuée.

#### **5-4-Diagnostic différentiel[3 ; 4]**

Le problème ne se pose pas tant devant une adénopathie maligne métastatique d'un cancer des VADS retrouvé lors de l'examen clinique, mais plutôt devant une tuméfaction cervicale isolée après un examen clinique complet.

Il faut éliminer en premier lieu les pièges classiques que sont :

- un volumineux bulbe carotidien athéromateux ;
- une grande corne de l'os hyoïde chez un sujet maigre ;
- l'apophyse transverse de l'atlas.

#### **5-4.1-Région cervicale médiane**

##### **5-4.1.1-Masse sous-mentale médiane**

- Kyste du tractus thyroïdienne haut situé ascensionnant lors de la déglutition.
- Kyste dermoïdemédian
- Cellulite après infection dentaire.
- Grenouillette sus-hyoïdienne.
- Processus tumoral de la glande salivaire sublinguale.

##### **5-4.1.2-Masse préaryngée**

- Kyste du tractus thyroïdienne qui ascensionne à la déglutition. L'échographie et la ponction cytologique seront des examens d'orientation très utiles.
- Laryngocèle externe extériorisée au travers de la membrane thyroïdienne est réductible lors de la palpation. La tomodensitométrie retrouve ses caractéristiques et ses rapports avec les éléments du vestibule laryngé.
- Nodule de l'isthme thyroïdien : ascensionne à la déglutition.

## **5-4.2-Régionlatérocervicale**

### **5-4.2.1-Tuméfaction sous-mandibulaire**

- Tumeur de la glande sous-mandibulaire.
- Sous-maxillite : celle-ci évolue souvent dans un contexte de lithiase. Le palper bidigital et l'échographie sont ici intéressants pour différencier une tuméfaction de la glande sous-mandibulaire d'une adénopathie sous-mandibulaire.

### **5-4.2.2-Masse dans le territoire jugulocarotidien supérieur**

- Tumeur du pôle inférieur de la parotide : cliniquement, la tuméfaction parotidienne est plus superficielle. Sa mobilisation antérieure et supérieure peut l'extérioriser en dehors de l'angle mandibulaire. L'échographie et la ponction cytologique sont des examens utiles pour orienter le diagnostic ;
- Kyste congénital de la deuxième fente branchiale (dit amygdaloïde). Le bord antérieur du kyste est très souvent situé en avant de la ligne sternocléido-mastoïdienne alors que les adénopathies sont plus profondes. Il peut se surinfecter au cours de son évolution. L'échographie montre en règle la nature kystique caractéristique de la masse et la ponction cytologique découvre du liquide classiquement chocolat et met en évidence des cellules épithéliales et des macrophages ;
- Paragangliome (appelé tumeur glomique ou chémodectome) carotidien situé dans la bifurcation carotidienne, ou vagal situé en arrière de l'axe carotidien. La tuméfaction est classiquement mobilisable dans le sens transversal mais pas dans le sens vertical. L'échographie et/ou la tomодensitométrie injectée sont ici utiles. La tumeur prend le contraste de façon massive après l'injection du produit de contraste.

L'artériographie permet de confirmer le diagnostic.

- Tumeur parapharyngée extériorisée dans la région sous-digastrique. La présence d'une dysphagie même modérée et l'examen de l'oropharynx

permettent de corriger le diagnostic qui peut être confirmé par la tomodensitométrie injectée.

#### **5-4.2.3-Masse dans le territoire jugulocarotidienmoyen:**

- Anévrisme carotidien
- Tumeur nerveuse ne donne pas habituellement de déficit nerveux en dehors du sympathome qui se traduit par un syndrome de Claude Bernard-Horner ;
- Myosite post-radique : la ponction cytologique est importante.

#### **5-4.2.4-Masse dans le territoire jugulocarotidien inférieur :**

Tumeur thyroïdienne est plus interne au contact de l'axe laryngotrachéale et ascensionne à la déglutition. Une échographie cervicale et une ponction cytologique de la tuméfaction permettent d'orienter le diagnostic.

#### **5-4.2.5 Masse spinale :**

Phlebectasie de la jugulaire externe mais plus difficilement un neurinome du plexus cervical. Les signes déficitaires neurologiques sont très souvent absents, du moins avant l'exérèse du neurinome.

#### **4.2.6-Masse sus-claviculaire :**

- Diverticule pharyngo-œsophagien : réductible situé le plus souvent du côté gauche.
- Neurinome du plexus brachial.
- Cancer de l'apex pulmonaire : la radiographie du thorax et la tomodensitométrie injectée ont une place prépondérante.

#### **Chez l'enfant**

- Lymphangiome kystique dont la localisation préférentielle est latéro-cervicale moyenne ;
- Kyste du deuxième arc qui augmente de volume et s'enflamme lors des épisodes infectieux pharyngés au même titre qu'une adénopathie ;
- Kyste du tractus thyro-glosse qui peut également se surinfecter.
- Tumeurs nerveuses sont plus rares.

## **5-5-Diagnostic étiologique :**

### **5-5.1 Adénopathies cervicales d'origine infectieuse[3 ; 4] :**

Elles représentent les étiologies les plus fréquentes.

La démarche diagnostique n'est pas la même si les adénopathies sont apparues récemment ou si elles évoluent depuis plusieurs semaines.

Nous aborderons successivement les adénopathies aiguës, puis les adénopathies subaiguës et chroniques d'origine infectieuse.

#### **5-5.1.1 Infections aiguës :**

Le diagnostic ne pose généralement pas de problème. Le recours à des examens complémentaires n'est pas toujours nécessaire.

##### **5-5-1-1-1 Infections virales :**

###### **- Rhinopharyngites d'origine virale :**

La rhinorrhée, l'obstruction nasale et la fièvre sont présentes. Les ganglions sont généralement bilatéraux, infracentimétriques, non inflammatoires, plus ou moins sensibles à la palpation, de siège sous-mandibulaire ou sous-digastrique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Le traitement est symptomatique.

###### **- Mononucléose infectieuse :**

Due au virus EBV, elle affecte surtout les adolescents et les adultes jeunes.

On note des polyadénopathies diffuses à prédominance cervicale. Les ganglions ont un volume variable déformant la région cervicale de façon unilatérale ou bilatérale. Ils sont fermes et sensibles.

Une angine érythématopultacée ou pseudomembraneuse, une splénomégalie, un rash cutané maculopapuleux et une asthénie souvent marquée complètent le tableau clinique. Des manifestations hépatiques (hépatomégalie, ictère) peuvent être retrouvées.

La biologie retrouve un syndrome mononucléosique et parfois une cytolyse hépatique modérée.

La MNI-test ou la réaction de Paul-BunnellDavidsohn est positive.

La sérologie **EBV** permet de confirmer le diagnostic. La guérison est spontanée.

- **Infection par le cytomégalovirus (CMV)**

Elle passe souvent inaperçue, sauf chez les sujets immunodéprimés.

La transmission directe interhumaine par l'intermédiaire des sécrétions.

On note une Fièvre, AEG, arthralgie

Les adénopathies cervicales sont généralement de petites tailles, bilatérales et non douloureuses.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence du virus dans les urines ou dans le sang ainsi que la négativité du MNI-test et de la réaction de Paul-Bunnell-Davidsohn.

Le traitement repose sur les antiviraux.

- **Primo-infection rubéolique**

On note une fébricule, un exanthème fugace et des arthralgies distales.

Les adénopathies cervicales sont quasi constantes. Leur localisation cervicale postérieure (chaînes spinale et occipitale) est caractéristique.

Le diagnostic repose sur la positivité de la sérologie rubéolique.

Le traitement est symptomatique.

- **Maladie de Kawasaki[6]**

Encore appelée syndrome adéno-cutanéomuqueux. Il s'agit d'une vascularite dont l'étiologie reste encore inconnue, bien que l'on soupçonne la responsabilité d'un rétrovirus.

Le tableau clinique comporte une fièvre, une conjonctivite, un érythème buccopharyngé, un exanthème du tronc associé à une ou plusieurs adénopathies cervicales généralement fermes et douloureuses à la palpation. L'atteinte ganglionnaire est le plus souvent unilatérale.

L'administration précoce de gammaglobulines permet de prévenir les complications cardiovasculaires, en particulier les anévrysmes coronaires.

L'évolution se fait vers la régression des signes en quelques semaines.

- **Autres**

D'autres atteintes virales comme la rougeole, la gingivostomatite herpétique et l'herpangine à coxsackie peuvent engendrer une polyadénopathie cervicale bilatérale avec des ganglions de petite taille, prédominant dans les territoires sous-mental, sous-mandibulaire et sous-digastrique.

**5-5-1-1-2 Infections bactériennes**

Contrairement aux infections virales, l'atteinte ganglionnaire est unilatérale. Il est essentiel de rechercher une porte d'entrée. Il peut s'agir d'une atteinte cutanée, y compris le cuir chevelu, parfois reliée par une traînée de lymphangite au ganglion : griffure, eczéma surinfecté, impétigo, plaie, furoncle ; les infections pharyngées (adénoïdienne, amygdalienne) et dentaires (carie, abcès dentaires). La porte d'entrée n'est pas toujours retrouvée.

Trois tableaux cliniques peuvent se rencontrer : l'adénopathie aiguë inflammatoire, l'adénopathie aiguë suppurée et l'adénophlegmon.

- **Adénite aiguë inflammatoire**

Les signes généraux sont peu marqués voir absents.

L'examen clinique retrouve un ganglion volumineux, ferme, de plusieurs centimètres, sensible à la palpation, non adhérent aux plans profond et superficiel ;

La NFS montre hyperleucocytose, la vitesse de sédimentation est élevée. L'échographie cervicale permet d'éliminer une éventuelle collection centroganglionnaire.

La ponction ganglionnaire permet de vérifier l'absence de pus.

L'antibiothérapie doit être instaurée rapidement. Il se confond avec celui de la porte d'entrée lorsqu'elle existe. Sinon, une antibiothérapie orale antistaphylococcique et antistreptococcique sera instaurée. La voie parentérale est préférée chez le nourrisson. L'évolution se fait le plus souvent vers la guérison, mais parfois vers la suppuration.

- **Adénite aiguë suppurée**

Les signes généraux sont représentés par la fièvre, l'asthénie et l'anorexie.

La douleur est lancinante et insomnante.

Le ganglion augmente de volume, se fixe aux plans profonds. La peau en regard est érythémateuse (parfois violacée) et amincie ; la palpation, hyperalgique, retrouve à un stade avancé une fluctuation.

Le pus ramené par la ponction doit-être envoyé au laboratoire avant tout traitement antibiotique.

Le drainage chirurgical est indispensable. Après lavage abondant, un drain est laissé en place 48 à 72 heures. Ce traitement local est complété par une antibiothérapie parentérale antistaphylococcique et streptococcique, adaptée ensuite à l'antibiogramme. L'antibiothérapie est maintenue par voie intraveineuse 5 à 7 jours (2 jours après la défervescence thermique), puis per os pendant 10 jours, soit, en moyenne, 15 jours de traitement. Les récurrences sont dues soit à un cloisonnement de l'infection, soit à l'existence d'un germe inhabituel.

- **Adénophlegmon**

C'est la diffusion de l'infection en dehors du ganglion.

Les signes généraux sont intenses : fièvre  $>38,5^{\circ}$ , AEG.

Localement, on note un empatement mal limité, très douloureux à la palpation.

On distingue selon la topographie : l'adénophlegmon sous-mental, sous-maxillaire, carotidien moyen et rétrostylien (ou sous-parotidien postérieur).

L'adénophlegmon rétrostylien, développé à partir des ganglions sous-digastriques, se caractérise par une tuméfaction latéro-cervicale haute, rétro-angulo-maxillaire, avec des douleurs cervicales intenses, un torticolis et une dysphagie. L'examen endobuccal montre une voussure de la paroi latérale de l'oropharynx, refoulant le pilier postérieur et l'amygdale en avant.

Le risque est représenté par l'ulcération de la carotide interne qui fait toute la gravité de cette localisation.

Traitement : drainage chirurgical et une antibiothérapie parentérale.

L'infection peut diffuser très rapidement dans les régions du cou avec une nécrose extensive (**cellulite cervicale extensive**).

L'infection peut diffuser vers le médiastin entraînant une **médiastinite**.

### **5-5.1.2 Infections subaiguës ou chroniques**

#### **5-5-1-2-1 Infections bactériennes.**

##### **- Tuberculose [12]**

Elle touche surtout les populations défavorisées et les sujets immunodéficients.

La localisation ganglionnaire cervicale est la plus fréquente.

Les adénopathies tuberculeuses se présentent sous deux formes cliniques, soit satellites de lésions tuberculeuses, soit apparemment « primitives ».

L'interrogatoire recherche dans les antécédents la notion de vaccination par le bacille bilié Calmette-Guérin (BCG).

La présentation clinique des tuberculoses ganglionnaires est polymorphe.

Les adénopathies primaires, satellites d'un chancre d'inoculation buccal ou oropharyngé, sont exceptionnelles.

À l'examen, le chancre est souvent guéri ou invisible. La palpation cervicale retrouve la plupart du temps un ou deux ganglions situés dans les territoires sous-digastriques ou sous-mandibulaires.

Les signes généraux associés (fièvre, sueurs nocturnes et altération de l'état général) sont inconstants.

L'intradermoréaction à la tuberculine et la radiographie pulmonaire sont indispensables au diagnostic.

L'examen bactériologique des crachats ou des tubages gastriques peut-être négatif.

La ponction-aspiration à l'aiguille fine permet une étude cytologique et bactériologique. Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire ne doit être retenu que si la cytologie est formelle (présence de cellules géantes) ou si l'examen bactériologique (examen direct et/ou après culture sur milieu de Löwenstein-Jensen après 3 semaines) permet l'isolement de *Mycobacterium tuberculosis*.

Une adénectomie est en revanche indispensable si le résultat cytologique est douteux et/ou si l'examen bactériologique est négatif.

Le diagnostic est histologique. L'examen anatomopathologique retrouve des **granulomes lymphohistiocytaires géants cellulaires avec nécrose caséuse**.

Le traitement est avant tout médical ; un traitement antibiotique antituberculeux, bactéricide (trithérapie les 2 premiers mois puis bithérapie) est poursuivi 6 à 9 mois.

La chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement médical, ou en cas de reliquats ganglionnaires après traitement. L'adhérence des ganglions aux structures voisines nécessiter le sacrifice de la veine jugulaire interne ou du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

#### - **Mycobactéries atypiques [3 ; 4]**

Le tableau réalisé est très proche de celui des adénopathies tuberculeuses. Les adénopathies sont volontiers unilatérales, localisées dans les territoires prétragien, rétroauriculaire, intraparotidien et surtout sous-maxillaire. L'atteinte susclaviculaire est plus rare.

Les signes inflammatoires locaux et une suppuration peuvent-être présents; l'existence d'une fébricule est parfois le seul signe général associé.

Le diagnostic peut être posé par examen bactériologique de pus obtenu par ponction à l'aiguille, qui montre parfois la présence de bacille acido-alcoolorésistants (BAAR) à l'examen direct.

Deux agents prédominant : *Mycobacterium kansasii* et *Mycobacterium scrofulaceum*.

L'examen histologique retrouve des amas histiocytaires associés à des granulomes proches de ceux observés dans la lèpre. Il n'y a ni **caséum**, ni réaction **gigantocellulaire** typique de la tuberculose.

Les traitements antibiotiques sont inefficaces. L'évolution se fait vers la régression en quelques mois. Dans les formes localisées, l'exérèse chirurgicale peut-être nécessaire.

- **Lymphoréticulose bénigne d'inoculation/Maladie des griffes du chat**

La lymphoréticulose bénigne d'inoculation est due à un bacille à Gram négatif, *Rochalimaea henselae* dont certains animaux (chat, chien, lapin, furet, singe) sont porteurs sains.

La contamination se fait par griffure, morsure ou simple léchage par l'animal porteur, mais aussi par griffure au visage ou au cou par une épine ou une écharde.

La lésion primaire d'inoculation, sous la forme d'une pustule ou d'une papule, est visible dans la moitié des cas.

A l'examen on a une ou plusieurs adénopathies cervicales, fermes, douloureuses au début, mobiles et de taille variable (1 à 7 cm). Une fièvre, une asthénie, un exanthème maculopapuleux et une splénomégalie peuvent compléter le tableau.

Certaines manifestations atypiques [13] peuvent se rencontrer telles que :

Le syndrome oculoganglionnaire de Parinaud qui se traduit par une conjonctivite granulomateuse unilatérale, un œdème palpébral, une adénopathie parotidienne suppurée; l'encéphalite réversible ; les lésions ostéolytiques et la myélite.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence, à partir d'une cytoponction, de bacilles pléiomorphes par coloration de Whartin-Starry ou par technique d'immunohistochimie.

Le traitement est limité. La rareté des complications et des séquelles peut faire envisager l'abstention thérapeutique.

- **Tularémie**[3 ; 4]

Elle est due à un bacille à Gram négatif, *Francisellatularensis*, dont le réservoir animal est constitué par les rongeurs, particulièrement le lièvre et le lapin.

La transmission à l'homme peut être directe ou indirecte. La contamination directe se fait par simple contact avec l'animal ou après effraction cutanée ou muqueuse. La contamination indirecte peut être en rapport avec l'ingestion de viande mal cuite, d'eau ou d'aliments souillés par *Francisellatularensis*, ou par l'intermédiaire d'insectes vecteurs (tiques, puces, moustiques).

Après un syndrome pseudogrippal de quelques jours apparaissent un chancre d'inoculation et une adénopathie volumineuse, douloureuse et très inflammatoire, avec tendance à la suppuration et à la fistulisation.

La localisation de l'adénopathie dépend de la porte d'entrée.

L'isolement peut se faire à partir du produit de ponction.

Le diagnostic repose sur la sérologie et l'intradermoréaction à la tularine.

Le traitement repose sur les cyclines, les aminosides et le chloramphénicol. Il doit être poursuivi 3 semaines après l'apyrexie.

- **Pasteurellose**[3 ; 4]

Il s'agit d'une infection due à *Pasteurella multocida*.

Les animaux vecteurs sont les mammifères (chiens et chats) et les oiseaux.

La contamination se fait par griffure ou morsure.

Au stade initial, l'examen clinique retrouve une plaie suintante de la face ou du cou, douloureuse, des adénopathies inflammatoires et sensibles de taille variable ; la localisation des ganglions dépend de la porte d'entrée.

Il n'y a ni ramollissement ni fistulisation.

Le diagnostic repose sur l'isolement du germe à partir de la plaie lorsqu'elle est encore visible, l'intradermoréaction à l'antigène de Reilly peut-être positive.

Le traitement repose sur les tétracyclines.

- **Syphilis oropharyngée**[3 ; 4]

La syphilis secondaire est marquée par une éruption maculopapulaire, des polyadénopathies fermes et indolores, atteignant les aires occipitale, spinale et jugulocarotidienne moyenne.

Au stade primaire, l'identification du tréponème se fait à partir du chancre d'inoculation ou, plus rarement, après unecytoponction ganglionnaire.

Des examens sérologiques (Treponema pallidum haemagglutinationassay [TPHA], venerealdiseaseresearchlaboratory[VDRL]) confirment le diagnostic.

Le traitement repose sur la pénicilline, et en cas d'allergie à la pénicilline, l'érythromycine ou les cyclines sont des alternatifs.

- **Brucellose**

La contamination se fait par ingestion de fromage frais (chèvre, vache).

Cliniquement, on note une fièvre ondulante sudoroalgique, associée à des adénopathies basicervicales, fermes, peu douloureuses et une splénomégalie.

Le diagnostic repose sur le sérodiagnostic de Wright et l'intradermoréaction à la mélitine. Les tétracyclines permettent la guérison.

- **Sodoku ou fièvre spirillaire**

C'est une maladie rare contactée par morsure de rat dont l'agent est Spirillum minus.

La clinique comporte un chancre d'inoculation avec une adénopathiesatellite, inflammatoire et une fièvre oscillante.

Le diagnostic repose sur l'isolement du germe à partir du chancre ou par cytoponction.

Le traitementrepose sur les pénicillines.

- **Actinomyose cervicofaciale**

Elle est due à des bactéries à Gram positif filamenteuses(Actinomyces).

Elle apparaît après un traumatisme dentaire, une infection ou un soin dentaire.

Les adénopathies sont le plus souvent sousmandibulaires et douloureuses avec une peau en regard très inflammatoire, rouge violacé.

La fistulisation à la peau en « pomme d'arrosoir » laissant couler du pus grumeleux et jaunâtre est caractéristique.

Le diagnostic repose sur l'isolement du germe dans le pus.

Le traitement repose sur une antibiothérapie prolongée à base de pénicilline.

### **5-5-1-2-2 Parasitoses**

#### **- Toxoplasmose**

Elle est due à un protozoaire : Toxoplasma gondii. Le chat en est le réservoir. L'homme se contamine par l'ingestion de viande mal cuite, de fruits ou de légumes souillés, ou par contact avec un chat.

La forme congénitale est transmise par voie placentaire.

Les formes habituelles se résument souvent à quelques adénopathies cervicales isolées, occipitales, spinales ou sousangulomaxillaires, de volume modéré, fermes, peu douloureuses, n'évoluant pas vers la suppuration.

Il s'y associe parfois une fièvre et une asthénie très invalidante.

La NFS montre un syndrome mononucléosique non spécifique.

Le diagnostic est uniquement sérologique.

#### **- Leishmaniose viscérale (ou kala-azar)**

C'est une parasitose transmise à l'homme par l'intermédiaire d'un vecteur : le phlébotome. Elle atteint plus volontiers l'enfant entre 2 et 5 ans.

La phase de début est insidieuse, se manifestant sous la forme d'une fièvre au long cours, avec des adénopathies généralisées, fermes, indolores et mobiles.

L'AEG et une splénomégalie complètent le tableau clinique.

La NFS révèle une pancytopenie.

Seuls les myélogrammes avec recherche du parasite et une sérologie permettent de redresser le diagnostic.

Le traitement repose sur la Glucantime ou Lomidine.

### **5-5-1-2-3 Infections virales**

#### **- Maladie de Kikuchi-Fujimoto**

C'est une maladie rare d'étiologie incertaine ; une étiologie virale est suspectée (parvovirus B19).

Le tableau clinique comporte une fièvre, l'AEG, une hépatosplénomégalie et des lésions cutanées de type lupique, une polyadénopathie cervicale généralement unilatérale. Les ganglions sont sensibles et fixés aux plans profonds.

La NFS montre souvent une neutropénie ou une hyperleucocytose.

La vitesse de sédimentation est généralement élevée.

L'échographie et/ou la tomodensitométrie avec injection retrouvent une nécrose intraganglionnaire.

Seule l'analyse histologique permet le diagnostic en retrouvant une lymphadénite histiocytaire nécrosante pathognomonique.

L'évolution est généralement favorable, sans traitement, en 2 à 6 mois.

#### **- Adénopathies au cours de l'infection par le VIH [3 ; 4]**

L'infection par le VIH, et le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) peuvent s'accompagner d'une lymphadénopathie persistante généralisée (LPG).

Elle est définie par la présence d'adénopathies persistant plus de 3 mois, dans au moins deux territoires ganglionnaires extra-inguinaux.

Les adénopathies sont de petites tailles, indolores, mobiles, bilatérales et symétriques ; au niveau cervical, les territoires occipital et spinal sont intéressés en premier lieu. Une hypertrophie du tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer et des infiltrations lymphocytaires viscérales (pulmonaires, méningées, hépatiques et gastriques) peuvent être associées.

Le diagnostic est confirmé par la sérologie VIH.

La survenue d'une ou plusieurs adénopathies cervicales unilatérales de grande taille (plus de 3 cm), inflammatoires, sensibles à la palpation, doit faire craindre la survenue d'une infection opportuniste.

Au stade de sida avéré, les adénopathies disparaissent par déplétion lymphocytaire ; leur réapparition doit faire suspecter un lymphome, un sarcome de Kaposi lymphonodal, une infection opportuniste à mycobactéries, une parasitose ou une atteinte fongique.

Un prélèvement ganglionnaire pour étude histologique et bactériologique est indispensable.

### **5-5.2-Adénopathies inflammatoires chroniques**

#### **5-5.2.1-Maladies de système**

Les adénopathies superficielles évoluent dans 50 % des cas de lupus érythémateux disséminé. Elles sont en général peu volumineuses, dominantes dans la région cervicale et sans caractère inflammatoire. Elles s'intègrent dans un riche contexte clinique et immunologique qui permet le diagnostic.

La polyarthrite rhumatoïde, dans sa forme systémique, s'accompagne d'adénopathie de petite taille non inflammatoire. Le siège cervical est le moins fréquent. Histologiquement, il existe une hypertrophie folliculaire et une plasmocytose importante.

#### **5-5.2.2-Adénopathies d'origine médicamenteuse**

Les manifestations ganglionnaires provoquées par des médicaments se rencontrent essentiellement chez l'adulte.

De nombreuses substances ont été incriminées : hydantoïnes, carbamazépine, rifampicine, pénicillines, captopril et méthyl dopa.

L'atteinte ganglionnaire débute généralement par la région cervicale, puis diffuse à tous les territoires ganglionnaires de l'organisme.

Il s'agit d'adénopathies fermes, indolores, sans périadénite, accompagnées de signes généraux parfois importants. Tous les territoires cervicaux peuvent être concernés. D'autres signes cliniques d'allergie peuvent être présents : rash cutané, prurit. Une hyperéosinophilie est présente dans plus de la moitié des cas.

### **5-5.2.3-Adénopathies cervicales des réticuloses**

Les réticuloses sont définies par une prolifération tumorale ou réactionnelle du système réticulohistiocytaire. En oto-rhino-laryngologie, les réticuloses sont représentées par la sarcoïdose et l'histiocytose X, dont la forme aiguë et subaiguë correspond à la maladie de Letterer-Siwe.

#### **5-5.2.3-1 Sarcoïdose[3 ; 4]**

La sarcoïdose est une granulomatose systémique, d'étiologie inconnue, touchant l'adulte jeune dont les principales localisations sont ganglionnaires, pulmonaire, cutanée et oculaire.

Tous les groupes ganglionnaires peuvent être atteints, mais les ganglions préauriculaires, rétroauriculaires, jugulocarotidiens supérieurs et spinaux sont le plus souvent atteints. Ils sont fermes, indolores, mobiles, sans caractère inflammatoire et leur taille n'excède généralement pas 2 cm.

Le test de Kveim est l'examen biologique de référence.

La radiographie pulmonaire retrouve un élargissement du médiastin et des hiles pulmonaires.

Le diagnostic est histologique : granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse centrale.

#### **5-5.2.3-2 Maladie de Letterer-Siwe[3 ; 4]**

Elle touche essentiellement le nourrisson ou le petit enfant.

Il existe une AEG, une éruption maculocroûteuse légèrement surélevée en « grains de moutarde » couvrant le tronc et le cuir chevelu, une

hépatosplénomégalie en règle modérée, des lésions bucco-pharyngées (gingivostomatiteulcérohémorragique, angine nécrotique) et osseuses.

Tous les territoires ganglionnaires cervicaux peuvent être concernés.

L'atteinte ganglionnaire est diffuse avec des ganglions de petite taille, mous, indolores et peu mobiles. Les ganglions cervicaux sont fréquemment atteints.

Les critères diagnostiques reposent sur la clinique ; l'histologie (caractéristiques morphologiques de la cellule de Langerhans) et la certitude diagnostique est apportée par l'Immunomarquage positif pour l'antigène de membrane CD1a.

Le pronostic est réservé.

#### **5-5.2.3-3 Maladie de Rosai et Dorfman[3 ; 4]**

L'hyperplasie pseudotumorale avec histiocytose sinusale massive (maladie de Rosai et Dorfman) est une maladie rare qui touche le jeune enfant.

Les adénopathies sont le plus souvent cervicales, bilatérales, fermes, indolores et de grande taille. La présence de ganglions dans les territoires axillaire et inguinal est également très fréquente.

L'histiocytose sinusale massive avec lymphophagocytose et plasmocytose est l'élément diagnostique.

L'évolution est spontanément favorable, sans traitement.

#### **5-5.3 Hémopathies malignes[3 ; 4]**

Les adénopathies satellites d'une hémopathie maligne sont en règle fermes, élastiques, mobiles et indolores. Elles sont associées à des adénopathies d'autres régions anatomiques (axillaire, épitrochléenne, inguinale) et/ou une hépatomégalie et splénomégalie. Elles peuvent apparaître au cours de l'évolution d'une maladie liée au VIH.

### **5-5.3.1-Maladie de Hodgkin[3 ; 4]**

Elle se manifeste souvent par une ou plusieurs adénopathies de localisation cervicale (50 % des cas) et/ou médiastinales préférentiellement susclaviculaire.

Les localisations viscérales sont exceptionnelles.

La ponction cytologique peut retrouver une cellule de Sternberg. La cellule de Sternberg n'est cependant pas spécifique de la maladie de Hodgkin et peut se rencontrer dans certaines viroses comme la MNI ou d'autres lymphomes.

Le diagnostic repose sur l'examen histologique extemporané lors de la cervicotomie et confirmé par l'histologie définitive.

Les formes de plus grave pronostic nécessitent une chimio-radio-thérapie.

### **5-5.3.2-Lymphomes non hodgkiniens[3 ; 4]**

Ils se caractérisent par des adénopathies souvent plus volumineuses et des localisations viscérales présentes chez 50 à 80 % des malades, en particulier dans l'anneau de Waldeyer.

Le diagnostic repose sur la biopsie de la lésion pharyngée. En l'absence de lésion pharyngée, l'analyse histologique extemporanée du ganglion permet de faire le diagnostic.

Cependant, l'analyse histologique de l'adénopathie donne des renseignements plus précis concernant les facteurs pronostiques du lymphome.

### **5-5.3.3-Leucémie lymphoïde chronique B[16]**

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est une prolifération monoclonale maligne de lymphocytes matures de la lignée B infiltrant la moelle, les ganglions et la rate. L'hyperlymphocytose résulte du passage dans le sang des cellules lymphoïdes médullaires. Elle survient chez le sujet au-delà de la cinquantaine. Le diagnostic repose sur l'immunophénotypage des lymphocytes du sang. Les adénopathies sont volontiers bilatérales.

#### **5-5.3.4-Macroglobulinémie primaire**

Des adénopathies cervicales sont retrouvées dans 50 % des cas de maladie de Waldenström chez l'homme de plus de 50 ans. Elles sont fermes et indolores, sans signe inflammatoire, associées à une asthénie, une hépatosplénomégalie. Le diagnostic est affirmé par la présence d'un pic monoclonal d'IgM sur l'immunoélectrophorèse des protéines sériques, signe d'une prolifération maligne monoclonale de lymphocytes B.

Des adénopathies cervicales sont rarement présentes dans le myélome multiple ou plasmocytome et dans les syndromes histiocytaires.

#### **5.3.5-Leucoses aiguës[15]**

Les leucémies aiguës (LA) sont des proliférations monoclonales de cellules hématopoïétiques immatures (blastes) envahissant la moelle osseuse.

On distingue deux grands types : les leucémies aiguës myéloblastiques (LAM) et les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL).

Le tableau clinique se manifeste par des signes d'insuffisance médullaire :Syndrome anémique, Syndrome infectieux, Syndrome hémorragique, syndrome tumoral.

Les adénopathies cervicales sont plus rares. Une angine symptomatique, si elle n'a pas les caractères ulcéronécrotiques et hémorragiques, peut orienter à tort vers une MNI. Des adénopathies peuvent survenir lors d'épisodes aigus d'une leucémie myéloïde chronique. Le diagnostic repose sur le myélogramme.

#### **5-5.4-Adénopathies métastatiques[3 ; 4]**

##### **5-5.4.1-Adénopathies métastatiques d'un cancer des voies aérodigestives supérieures[3 ; 4]**

Le ganglion sous-digastrique, véritable carrefour du drainage lymphatique des territoires oto-rhino-laryngologiques, est le plus fréquemment atteint.

Le diagnostic de métastase ganglionnaire d'un carcinome des VADS doit être systématiquement évoqué chez un homme de plus de 50 ans, éthylobagique, surtout si l'adénopathie est dure sans caractère inflammatoire.

Certains carcinomes épidermoïdes sont dépistés chez des malades jeunes et les carcinomes du cavum très lymphophiles peuvent apparaître à tout âge.

L'examen de la cavité buccale et du pharyngolarynx permet dans une majorité de cas de retrouver l'origine, que ce soit au niveau de l'hypopharynx, de la région amygdalienne ou de la base de la langue.

Les carcinomes de l'hypopharynx, très lymphophiles, se manifestent fréquemment par une adénopathie cervicale prévalente. Même en cas de tumeur volumineuse hypopharyngée, les signes fonctionnels peuvent être absents.

La découverte d'une adénopathie clinique est une éventualité fréquente lors du dépistage de carcinomes des VADS. L'état ganglionnaire est pris en compte dans la classification TNM (tumor-node-metastase).

Dans le cas où l'interrogatoire ne retrouve pas les signes fonctionnels otorhino-laryngologiques décrits, où l'examen oto-rhino-laryngologique complet est normal, il faut faire une panendoscopie avec des biopsies multiples de la moindre lésion suspecte. L'examen oto-rhino-laryngologique ou la panendoscopie peuvent retrouver la lésion primitive qui est biopsiée.

Le plus souvent, il s'agit d'un carcinome malpighien de la région amygdalienne, de la base de la langue, de l'hypopharynx ou du rhinopharynx.

La panendoscopie recherche dans ce cas une seconde localisation tumorale.

#### **5-5.4.2-Adénopathie maligne en apparence primitive[7]**

Lorsque le foyer primitif responsable de l'adénopathie métastatique n'est pas retrouvé malgré les investigations, il s'agit d'une adénopathie maligne en apparence primitive (ou sans porte d'entrée).

Dans ce cas une amygdalectomie homolatérale à la lésion doit-être réalisée. Le tissu amygdalien en est le plus souvent responsable.

L'utilisation du FDG PET-scan pourrait permettre de dépister un plus grand nombre de foyers primitifs au niveau des VADS, notamment au niveau de l'oro-et de l'hypopharynx.

Dans le cas d'adénopathie maligne en apparence primitive qui ne fait pas la preuve de son point de départ, il est recommandé de faire une cervicotomie exploratrice avec analyse histologique extemporanée du ganglion.

Si l'histologie confirme qu'il s'agit d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde, le traitement est complété par un évidement cervical ganglionnaire. Le geste chirurgical est suivi d'une radiothérapie des aires ganglionnaires cervicales et du pharyngolarynx.

#### **5-5.4.3-Métastase d'une tumeur primitive thoracique ou abdominopelvienne[3 ; 4]**

Ces localisations sont alors responsables d'une adénopathie de Troisier (susclaviculaire gauche).

Une adénopathie sus-claviculaire doit faire rechercher en principe une tumeur primitive thoracique ou abdominopelvienne. Des adénopathies médiastinales doivent être recherchées sur le cliché pulmonaire et lors de la tomодensitométrie.

Dans le cas d'adénocarcinome, quelle que soit la localisation de l'adénopathie cervicale, il est recommandé de rechercher une tumeur maligne thoracique ou abdominopelvienne. L'origine primitive peut rester introuvable malgré les explorations.

#### **5-5.4.4-Métastase ganglionnaire révélatrice d'un carcinome papillaire du corps thyroïde[3 ; 4]**

Ce diagnostic doit être évoqué en principe chez le sujet jeune.

Ces adénopathies siègent dans le territoire jugulaire postérieur.

L'échographie cervicale explore les aires ganglionnaires cervicales mais doit s'attacher aussi à rechercher un nodule au sein de la glande thyroïde.

La ponction cytologique de l'adénopathie peut retrouver des cellules papillaires qui vont évoquer l'origine thyroïdienne de la métastase ganglionnaire.

En cas de carcinome thyroïdien accompagné de métastase ganglionnaire cervicale, il est recommandé d'effectuer une thyroïdectomie totale associée à un évidement ganglionnaire complet du côté de l'adénopathie et un évidement médiastinorécurrentiel bilatéral. Ce geste est suivi d'une cartographie corps entier et d'un traitement par iode radioactif en cas de reliquat tumoral ou de métastase.

#### **6-Classification des métastases ganglionnaires cervicales UICC. [3 ; 4]**

N0 : absence d'adénopathie

N1 : adénopathie unique égale ou inférieure à 3 cm

N2 : adénopathie supérieure à 3 cm et inférieure à 6 cm

N2a : adénopathie unique homolatérale

N2b : adénopathies multiples homolatérales

N2c : adénopathies bilatérales ou controlatérales

N3 : adénopathie égale ou supérieure à 6 cm



**DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE TRAVAIL**

## **1. Cadre d'étude :**

L'étude a été réalisée dans le service d'Otorhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako au Mali.

### **1.1. Présentation du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE :**

#### **✓ Historique :**

Il est connu par le passé sous le nom de Dispensaire Central de Bamako, l'Hôpital Gabriel TOURE est l'un des plus grands centres hospitaliers de Bamako. IL dispose actuellement 447 lits et emploie 763 agents, toutes catégories confondues dont 181 contractuels.

Baptisé Gabriel TOURE le 17 janvier 1959, à la mémoire d'un jeune soudanais.

Etudiant en médecine décédé le 12 juin 1934 par suite de contamination lors d'une épidémie de peste. IL faisait partie de la jeune génération des premiers Médecins africains.

#### **✓ Situation géographique :**

Située en commune III du district de Bamako, le CHU Gabriel TOURE couvre une superficie de 3 hectares 28ares 54centiares. Il est limité à l'Est par le quartier de Médina-coura, à l'Ouest par l'école nationale d'inférieurs Abderhamane Baba TOURE, au sud par la cité des chemins de fer et au Nord par l'Etat Major Général des armées et L'escadron des réserves Ministérielles.

#### **✓ Son infrastructure :** comporte :

Une direction

Un bureau des entrées avec les différents boxes de consultations externes.

Un département de Médecine regroupant les services de Gastro-entérologie, de neurologie, de cardiologie et de diabétologie,

Un département de Pédiatrie avec les services de Pédiatrie générale de néonatalogie, et d'oncologie.

Un département des services médico-techniques regroupant le laboratoire d'analyses médicales et la pharmacie.

Un département d'imagerie Médicale constituée de scanner, mammographie, radiographie conventionnelle

Un département de Chirurgie :

Chirurgie générale,

Chirurgie Pédiatrique,

Oto-rhino-laryngologie ;

Traumatologie –orthopédie,

Neurochirurgie,

Urologie,

Médecine physique (Kinésithérapie).

Un département d'Anesthésie –Réanimation et de Médecine d'urgence :  
Anesthésie Réanimation adulte,

Service d'Accueil des Urgences.

Un département de Gynécologie –obstétrique : Gynécologie et obstétrique

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff au niveau de la direction. L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont

rattachées à la surveillance générale, la morgue à la direction médicale et la cuisine à la direction administrative. Chaque département est dirigé par un chef de département.

### **Présentation du service ORL et CCF :**

#### **✓ Ressources humaines :**

Le service ORL est un service médico-chirurgical dirigé par un enseignant de rang A, assisté par deux autres professeurs, trois maîtres assistants et un chirurgien militaire.

Le service dispose :

- Deux Internes des hôpitaux et 11 médecins inscrits en DES.
- Huit assistants médicaux spécialistes en ORL.
- Trois techniciens supérieurs de santé.
- Deux secrétaires de direction
- Quatre techniciens de surface
- Un aide soignant.
- Des étudiants en thèse de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako.

#### **✓ Le service comprend en infrastructure :**

- Une unité de consultation avec :
  - Trois boîtes de consultations
  - Une unité d'exploration fonctionnelle (audio-impédancemétrie).
- Une unité d'hospitalisation avec :
  - Huit salles dont deux salles VIP d'hospitalisation avec une capacité totale de 28 lits.
- Une salle de garde des internes et CES.
- Une salle de garde des techniciens de santé.

- Une salle de garde pour les techniciens de surface
- Trois blocs opératoires non encore fonctionnels et une salle stérilisation
- Un bureau pour le chef de Service
- Un bureau pour le chef d'unité d'hospitalisation
- Quatre bureaux pour médecins
- Une salle de réunion/formation
- Des toilettes pour malades et pour le personnel

# MATERIELS ET METHODE

**1. TYPE de l'étude :** Il s'agit d'une étude prospective portant sur les dossiers des patients reçus en consultation ORL.

**2. Période de l'étude :**

Les patients ont été colligés sur une période de 1 an (Septembre 2013 à Aout 2014).

**3. Population d'étude :**

La sélection des patients s'est effectuée sur l'étude des dossiers. Etaient inclus dans cette étude, les patients présentant une adénopathie cervicale.

**4. Taille de l'échantillon :**

Sur la période d'étude, 30 patients ont été colligés.

**5. Critères d'inclusion :**

Ont été colligés les dossiers cliniques des patients présentant une adénopathie et/ou polyadénopathie intéressant les régions cervicales.

Pour chaque dossier les items suivants ont été colligés:

- Données sociodémographiques (âge, sexe, résidence, profession).
- Données cliniques (antécédents, ancienneté, siège, caractère, signes généraux)
- Données paracliniques (NFS, CRP, l'IDR à la tuberculine, sérologie HIV, crachat BAAR, sérologie TPHA/VDRL, TDM cervicale, radiographie du thorax, ponction cytologique ganglionnaire, panendoscopie, l'examen bactériologique, examen anatomopathologique).

**7. Critères de non inclusion :**

- les dossiers incomplets ne comportant pas les résultats des bilans.

## **8. Saisie des données :**

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête (annexe) remplie par l'enquêteur à l'aide des dossiers des patients.

Ces données ont été analysées sur SPSS 19.0 version française et la saisie des données sur Word 2007.



# RESULTATS

## I- Données épidémiologiques

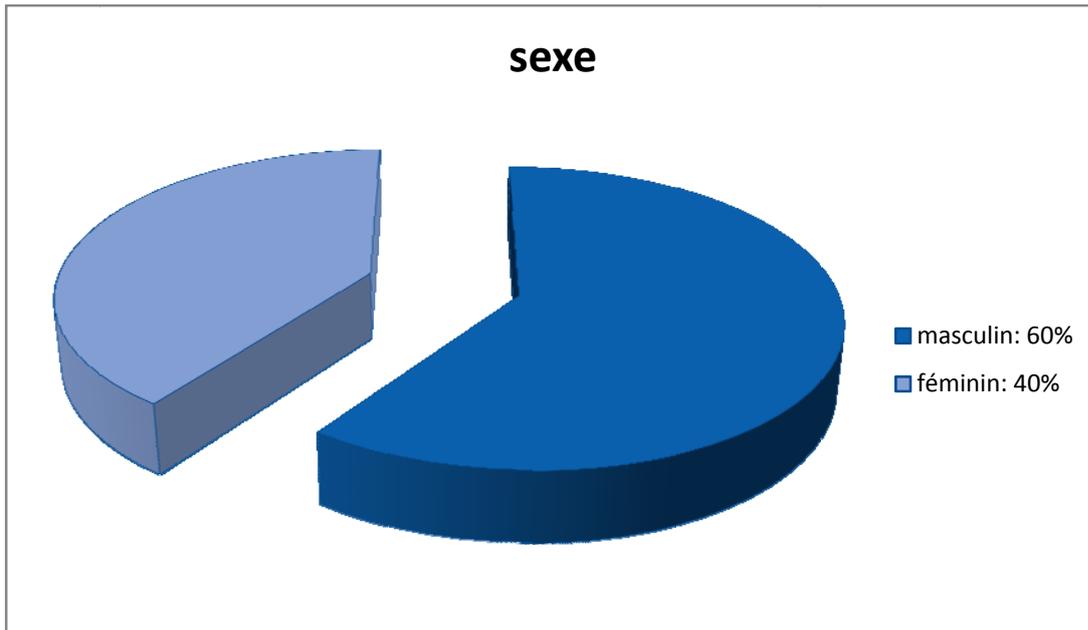
### Fréquence :

Dans notre étude, les adénopathies cervicales ont représenté 0,45% des 6600 consultations

**Tableau 2: Répartition des patients en fonction des tranches d'âge**

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage(%)
0-15 ans	16	53
16-25 ans	5	17
26-55 ans	4	13
56-70 ans	5	17
Total	30	100

L'âge moyen des patients a été de 18,31ans, avec des extrêmes allant de 4mois et 55ans.Nous avons noté un pic de fréquence au niveau de la tranche d'âge comprise entre 0 et 15 ans (53%).



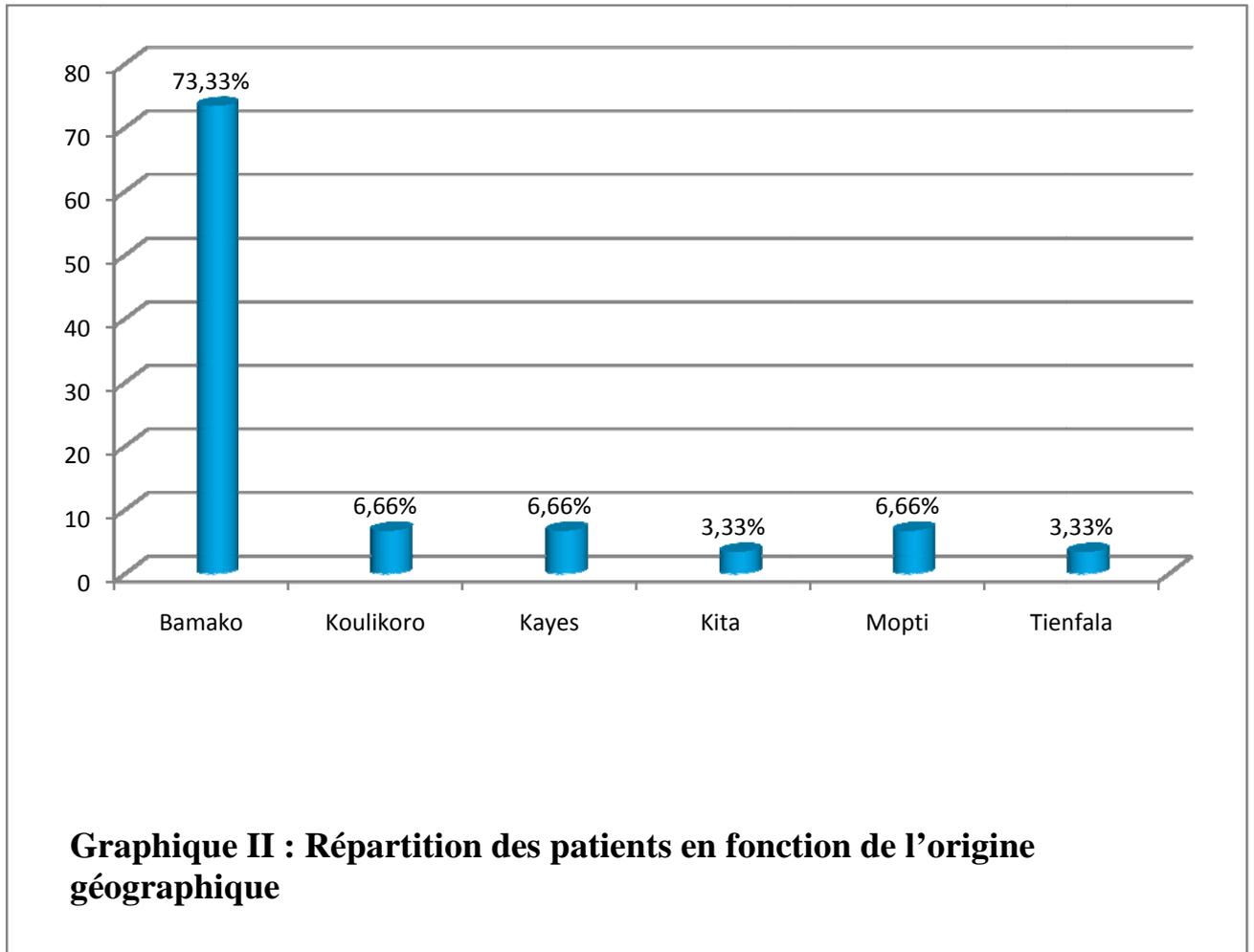
**Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe**

Nous avons constaté une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,5.

**Tableau 3: Répartition des patients en fonction de la profession**

Profession	Effectifs	Pourcentage(%)
Enfant (préscolaire)	10	33,3
Eleveur	1	3,33
Contrôleur statistique	1	3,33
Commerçant	1	3,33
Scolaire	8	26,70
Etudiant(e)	2	6,70
Enseignant	1	3,33
Chauffeur	1	3,33
Cultivateur	2	6,70
Ménagère	3	10
Total	30	100

Les enfants d'âge préscolaire ont été les plus concernés soit 33,33% de l'effectif



La majorité de nos patients étaient d'origine urbaine dont 73% venaient de Bamako.

## II- Données cliniques

**Tableau 4: Répartition des patients selon les antécédents**

Antécédents des patients	Effectifs	Pourcentage(%)
Aucun	16	53,33
Contact avec les animaux	1	3,33
Familial de BK	1	3,33
Infection ORL	12	40
Total	30	100

La moitié des patients de notre série n'avaient aucun antécédent. Cependant, les antécédents d'infections ORL à répétition étaient retrouvés dans 12 cas soit 40% de nos patients.

**Tableau 5 : Répartition des patients en fonction de l'ancienneté des adénopathies**

Ancienneté	Effectifs	Pourcentage(%)
Aigüe (0-15 jours)	10	33,33
Subaigüe (15j-3 mois)	1	3,33
Chronique (> 3 mois)	19	63,33
Total	30	100

Les adénopathies chroniques étaient prédominantes dans notre série avec 63,3%.

**Tableau 6: Répartition des patients selon les signes généraux:**

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage (%)
Amaigrissement/AEG	6	20
Asthénie	1	3,33
Fièvre	8	26,66
Aucun	15	50
Total	30	100

Dans notre série, les signes généraux les plus représentés ont été : la fièvre (26,66%), l'AEG et l'amaigrissement (20%).

**Tableau 7 : Répartition des patients en fonction du siège des adénopathies**

Siège	Nombres	Pourcentage (%)
sous mental	2	6,66
submandibulaire	7	23,33
sous-digastrique	9	30
supra-omo-hyoïdien	2	6,66
infra-omo-hyoïdien	1	3,33
occipital	3	10
prétragien	1	3,33
<b>APD extra-cervicales</b>	5	16,66
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tous les territoires ganglionnaires cervicaux étaient concernés avec une prédominance du territoire sous-digastrique (30% des localisations).

**Tableau 8 : Répartition en fonction du caractère des adénopathies**

Caractère des adénopathies		effectif	Pourcentage (%)
Peau en regard	Normale	25	83,3
	Inflammatoire	4	13
	fistulisée	1	3,33
Taille	1-3cm	11	36,7
	3-6cm	15	50
	>6cm	4	13,33
Mobilité	Mobile	18	60
	Fixe	12	40
Mode de début	Brutal	9	30
	Progressif	21	70
Sensibilité	sensible	12	40
	indolore	18	60
Consistance	molle	16	53,33
	fluctuante	2	6,70
	ferme	4	13,33
	dure	8	26,70
Latéralité	Unilatérale	11	36,70
	Bilatérale	19	63,33

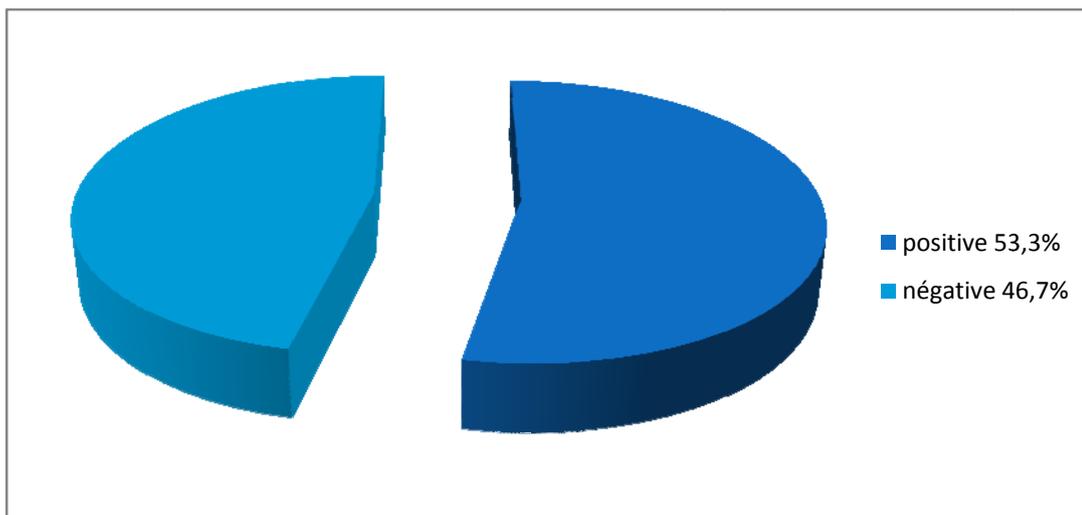
Ces adénopathies étaient bilatérales (63,33%) ,indolores(60%), consistance molle (53,33%), compris entre 3-6 cm(50%), mobiles (60%).

La peau en regard était d'aspect normal(83,33%).

**Tableau 9 : Répartition des patients en fonction du résultat de la NFS**

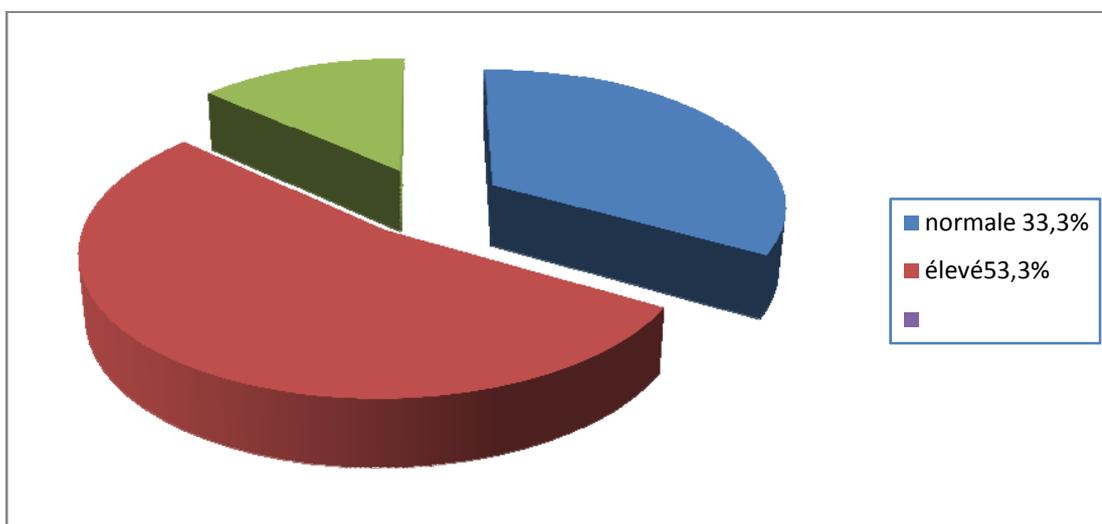
NFS	Effectifs	Pourcentage(%)
Lymphopénie	1	3,33
Anémie microcytaire arégénérative	9	30
Normale	12	40
Anémie normocytaire	3	10
Hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire	2	6,70
Hyperleucocytose à PN	1	3,33
Leucopénie	1	3,33
Leucolymphopénie	1	3,33
Total	30	100

La NFS était normale chez 40% de nos patients, nous avons noté une anémie microcytaire chez neuf patients soit 30%, l'hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire a été retrouvée chez deux patients (6,3%).



**Graphique 3: Répartition des patients en fonction du résultat de la CRP**

La CRP était positive [ $> 6\text{mg}$ ] chez 53,33% de nos patients.



**Graphique 4 : Répartition des patients en fonction du résultat de la Vitesse de sédimentation des érythrocytes**

La vs était accélérée chez 53,33% de nos patients

**Tableau 10: Répartition des patients fonction du résultat de l'IDR à la tuberculine**

IDR à la tuberculine	Effectifs	Pourcentage(%)
Positive	1	3,33
Négative	26	86,70
Total	27	90

L'IDR à la tuberculine a été négative chez 90% de nos patients et a représenté 3,33% dans notre série

**Tableau 1 : Répartition des patients selon la sérologie HIV**

Sérologie HIV	Effectifs	Pourcentage(%)
Négative	21	70
Positive l'immunoComb et au détermine	1	3,33
Total	22	73,33

La sérologie HIV a été demandée chez 73% de nos patients. Elle a été positive chez un seul patient au determine® soit 3,33% de l'effectif.

**Tableau 12 : Répartition des patients selon le résultat des autres examens**

Autres examens	Effectifs	Pourcentage(%)
Ferritinémie : base	4	13,33
Myélogramme	1	3,33
Total	5	16,66

Le myélogramme a été réalisé chez un seul patient (3,33%) confirmant le diagnostic de leucémie, la ferritinémie était base chez 4 patients.

**Tableau 13: Répartition des patients selon la radiographie du thorax**

Normale	8	26,66
Opacités parenchymateuses	1	3,3
<b>Atélectasies lobaire droite + ADP hilaires</b>	1	3,3
Total	10	33,33

La radiographie du thorax a été demandée chez 10 patients de notre série, seules deux étaient pathologiques soit 6,66% : images d'atélectasie lobaire + ADP médiastinales et opacités parenchymateuses.

**Tableau 14 : Répartition des patients selon la TDM cervicale**

TDM cervicale	Effectifs	Pourcentage(%)
Tumeur bourgeonnante du larynx	2	6,66
Associée à des ADP jugulo-carotidiennes.		
Tumeur bourgeonnante de l'hypopharynx Associée à des ADP Jugulo-carotidiennes.	3	10
Tumeur du cavum Associée à des ADP jugulo-carotidienne.	1	3,33
Total	6	20

La Tomodensitométrie cervicale a retrouvé chez six de nos patients des lésions bourgeonnantes : du larynx (6,66%), de l'hypopharynx (10%) et du cavum 3,33%.

Elles étaient associées à des adénopathies cervicales qui se présentaient sous forme d'hypodensité tissulaire arrondie de contour irrégulier avec souvent un rehaussement du produit de contraste et/ou une rupture capsulaire avec une infiltration péri ganglionnaire de la graisse périphérique [38].

La ponction cytologique ganglionnaire a suspecté deux étiologies malignes dans notre série, par la mise en évidence de nombreux lymphocytes d'aspect monomorphe polynucléés à cytoplasme peu abondant.

**Tableau15 : Répartition des patients selon la panendoscopie**

Panendoscopie	Effectifs	Pourcentage(%)
Lésion bourgeonnante du larynx	2	6,66
Lésion bourgeonnante de l'hypopharynx	3	10
Normale	1	3,33
Total	6	20

La panendoscopie a été réalisée chez six patients soit 20%. Les lésions bourgeonnantes de l'hypopharynx étaient prédominante soient 10% de l'effectif.

**Tableau 16 : Répartition selon le résultat de l'examen bactériologique**

Examen bactériologique	effectif	Pourcentage(%)
Stérile	4	13,33
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	3,33
Total	5	16,66

L'examen bactériologique a été stérile chez 4 patients sur 5 soit 13,33%. En revanche, le *Staphylococcus aureus* a été mise en évidence chez un patient.

**Tableau 17 : Répartition des patients selon le résultat de l'examen anatomopathologique**

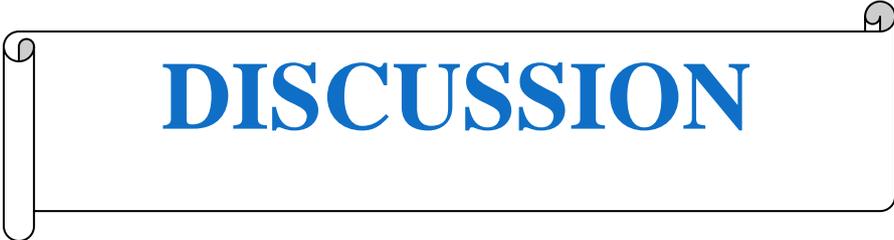
Examen anatomopathologique	Effectifs	Pourcentage(%)
Adénopathies métastatiques de carcinome	6	20
Adénite tuberculeuse caséo-folliculaire	2	6,66
Lymphome lymphoblastique précurseur B	1	3,33
Adénite non spécifique	2	6,66
Lymphome malin	1	3,3
Total	12	40

Le résultat de l'examen anatomopathologique a été dominé par les adénopathies métastatiques de carcinomes soient 20% de l'effectif.

**Tableau 18 : Répartition des patients selon les étiologies**

Etiologies	Effectifs	Pourcentage(%)
Amygdalite	3	10,0
Rhinopharyngite	5	16,66
Adénite bactérienne suppurée	4	13,33
Tumeur de l'hypopharynx	3	10
Tumeur du larynx	3	10
lymphome lymphoblastique B	1	3,33
Infection par le VIH	1	3,33
Adénite réactionnelle non spécifique	2	6,66
Tumeur du cavum	1	3,33
Tumeur de la base de langue	1	3,33
Tuberculose ganglionnaire	2	6,66
Caries dentaires	1	3,33
LMNH	1	3,33
LAL	1	3,33
Phlegmon périamygdalien	1	3,33
Total	30	100

Les étiologies retrouvées dans notre étude ont été majoritairement représentées par les rhinopharyngites et les adénites bactériennes soit respectivement 16,66% et 13,3% chacun.



# DISCUSSION

## I-Aspect Méthodologique :

Notre étude prospective présentait un certains nombres de limites :

- l'inaccessibilité pour certains patients aux examens paracliniques de première nécessité en rapport avec un coût élevé.
- L'insuffisance du plateau technique pour la réalisation de certains bilans afin d'aboutir à un diagnostic précis.
- **Absence de plateau technique** pour la réalisation de l'examen extemporané.

## II-Aspects épidémiologiques :

### 1- Fréquence :

Dans notre étude, les adénopathies cervicales ont représenté 0,45% des 6600 consultations sur une période de 1 an allant de septembre 2013 à Aout 2014. Ce constat en terme de pourcentage a été relevé par **BOUHDADI** au Maroc et **RAZAFINDRAKOTO R.M.** à Madagascar qui ont retrouvé respectivement 2,5% des 70000 consultations sur une période de 5 ans et 4,6% des 3528 consultations sur une période de 1 an [5 ;25].

### 2- Age :

L'âge moyen de nos patients était de 18,31 ans avec des extrêmes d'âge allant de 4 mois à 55 ans.

Cette moyenne d'âge relativement jeune semble avoir été partagée par la littérature de la sous-région africaine et du reste du monde [24 ;25].

Ainsi, au Sénégal et à Madagascar, respectivement **NDONGO** et **COL** [24] en 2008 et **RAZAFINDRAKOTO R.M.** et **COL** [25] en 2012 ont retrouvé dans leur étude un âge moyen de 34 et 20,5 ans.

Les données s'expliquent par la fréquence élevée des infections ORL dans cette tranche d'âge..

### **3- Sexe :**

60 % de nos patients étaient de sexe masculin avec un sex- ratio de 1,5.

Ces résultats concordent avec ceux de **BOUHDADI. S** au Maroc qui a retrouvé 62% de sexe masculin avec un sex- ratio 1,63. [5]

Cette affirmation est étayée par les données de la littérature qui ont retrouvé une prédominance masculine. [4]

### **4- Profession**

Les enfants d'âge préscolaire étaient prédominants dans notre série. Ces données s'expliquent par la prévalence accrue des adénopathies dans la tranche d'âge de 0 à 15 ans. Les autres études sur les adénopathies ne se sont pas intéressées à la profession.

### **5- Origine géographique :**

Nous avons constaté que la plupart de nos patients était d'origine urbaine (73%). Ces données sont similaires à celles de **BOUHDADI S** qui a retrouvé dans son étude 61,5% de patients d'origine urbaine [5].

### III Données cliniques

#### 1- Antécédents des patients :

Dans notre série, 40% des patients avaient un antécédent d'infection ORL, un seul patient avait un antécédent familial de contagé tuberculeux.

**BOUHDADI S** a constaté dans son étude que tous les patients présentant une tuberculose ganglionnaire cervicale avaient un antécédent de tuberculose pulmonaire [5].

#### 2- Signes Généraux :

Au Canada **LEUNG AK** et **PINTO-ROJAS** ont rapporté dans une étude rétrospective d'une série de 105 cas d'adénopathies chez les enfants que la fièvre était le signe le plus fréquent [32].

**BOUHDADI. S** au Maroc a constaté lors d'une étude rétrospective d'une série de 158 cas d'adénopathies cervicales colligés au service de pédiatrie A du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech sur une période de 5 ans, que c'est **l'altération de l'état général qui est prédominante** avec 22,8% [5].

Dans notre série, les signes généraux étaient dominés par la fièvre (26,66%), l'AEG et l'amaigrissement (20%).

#### 3- Sièges des adénopathies :

A Cotonou, une étude rétrospective portant sur 22 cas de tuberculoses ganglionnaires menée par **KINDE-GAZARD** a constaté que la localisation cervicale est la plus fréquente. [10]

**BOUHDADI. S** a constaté dans son étude rétrospective chez les enfants que la localisation sous-digastrique était prédominante. [5]

Dans notre étude, le siège sous-digastrique était prédominant (30% des localisations)

Ces données s'expliquent par le fait que le fait que les ganglions sous-digastriques soient le carrefour de drainage des VADS et de la région cervico-faciale.

#### **4- Caractères des adénopathies :**

##### **Peau en regard :**

L'état de la peau en regard a une valeur sémiologique importante[5].

Dans les adénites et les adénophlegmons, la peau en regard est le plus souvent d'aspect inflammatoire. Les tuberculoses ganglionnaires se caractérisent généralement par la fistulisation cutanée [3, 4].

Dans notre série, seuls les quatre patients présentant une adénite bactérienne avaient une peau en regard d'aspect inflammatoire soit 13,3%.

Sur les deux cas d'adénites tuberculeuses que nous avons notées un patient avait une fistulisation cutanée soit 3,3%.

##### **Taille :**

On parle d'adénopathies à partir de 1cm dans les différents territoires sauf dans les territoires II (12 mm) et rétropharyngés (8 mm) [38].

Dans notre série, 50% des adénopathies avaient une taille comprise entre 3 et 6cm ; 13,3% avaient une taille supérieure à 6cm.

**BOUHDADI S** a constaté dans son étude en milieu pédiatrique que 64,55% des adénopathies avaient une taille inférieure à 3 cm.

##### **Ancienneté :**

Les adénopathies chroniques ont une durée d'évolution supérieure à 3 mois. Elles témoignent souvent d'une origine maligne contrairement aux adénopathies aiguës qui sont généralement bénignes [3, 4, 21]

Les adénopathies chroniques étaient prédominantes dans notre série avec 63,3%.

Ces résultats convergent avec ceux de la littérature marocaine où **BOUHDADI S** a retrouvé 66,5% des adénopathies chroniques.

### **Mobilité :**

Les données de la littérature considèrent le caractère fixe de l'adénopathie en faveur de malignité [3, 4, 25, 28].

Dans notre série, toutes les adénopathies fixes avaient une origine maligne.

### **Mode de début**

Une installation progressive est souvent en faveur d'une étiologie tumorale ou tuberculeuse. Par contre, une installation brutale oriente vers une cause infectieuse souvent bactérienne ou virale [3,4].

Dans notre série, les 30% des adénopathies d'installation brutale étaient toutes d'origine bénigne.

### **Douleur**

La plupart des auteurs ont constaté que les ADP douloureuses sont souvent d'origine bénigne [28, 30].

Dans notre étude 40 % des adénopathies étaient sensibles, seules quatre d'entre elles étaient malignes.

### **Consistance :**

Les adénopathies sont considérées d'origine maligne si elles sont dures, irrégulières, fixes et de localisation supra-claviculaire [34].

Dans notre série, les adénopathies de consistance dure étaient d'origine maligne.

Les caractéristiques inquiétantes en cas d'adénopathies cervicales sont : début progressif, évolution rapide, peau en regard ulcérée ou fistulisée, taille supérieure à 3 cm, consistance ferme ou dure, caractère inflammatoire, persistante plus de 3 mois [5].

### **III- Examens complémentaires :**

Toute adénopathie cervicale nécessite une exploration[3 ;4].

Devant une adénopathie cervicale, on doit réaliser systématiquement un minimum de bilan comportant une NFS, une VS, l'IDR à la tuberculine [4].

#### **1- NFS :**

Au Sénégal, **NDONGO S et Col.** ont retrouvé une anémie chez tous les patients dans une étude rétrospective portant sur 66 dossiers d'adénopathies cervicales colligés en médecine interne.

Dans notre série, une anémie microcytaire était retrouvée chez neuf (9) patients (30%) ; six (6) d'entre eux avaient une étiologie bénigne.

Nous avons constaté que les patients présentant un lymphome avaient une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire.

La leucopénie a été retrouvée chez la patiente séropositive.

#### **2- Sérologie HIV**

Dans notre série la sérologie HIV1 était positive au déterminechez un patient sur 22.

A Cotonou, une étude rétrospective portant sur 22 dossiers d'adénite tuberculeuse a retrouvé deux cas sur une recherche effectuée sur 5 patients[10].

Ces divergences s'expliquent par la co-infection tuberculose-VIH[10].

### **3- Radiographie du thorax**

Dans plusieurs études, la radiographie thoracique n'était demandée qu'en cas de suspicion de tuberculose ou d'hémopathies malignes pour chercher des adénopathies [4 ; 5 ;17].

La radiographie du thorax a été demandée chez 10 patients de notre série, seules deux étaient pathologiques.

Ces résultats convergent ceux de la littérature marocaine où **BOUHDADI S** a retrouvé sur 46 clichés radiographiques :des images adénopathies hilo-médiastinales chez 4 patients (8,69%), des lésions parenchymateuses chez deux patients (4,34%) [5].

### **4- Ponction cytologique ganglionnaire**

La ponction cytologique ganglionnaire était suspecte chez les deux patients présentant un lymphome dans notre série.

La ponction cytologique ganglionnaire a des limites [5]:

Opérateur-dépendant

Le résultat dépend du volume et de la richesse cellulaire du prélèvement

Elle n'a de valeur que si le résultat est positif

En effet la biopsie ganglionnaire est un geste qui pourrait être préjudiciable en cas d'adénopathie métastatique [3, 4].

L'effraction capsulaire créée par la biopsie est associée à un taux plus important de rechute ganglionnaire ou de métastase viscérale post-thérapeutique [3, 4].

## 5- Examens anatomopathologique

L'examen anatomopathologique définitif du ganglion après exérèse reste l'examen de choix pour le diagnostic de certitude d'une adénopathie cervicale [3 ; 5].

Une étude rétrospective et descriptive réalisée au service d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, a retrouvé une prédominance des adénopathies tuberculeuses (39,38%) [40].

Dans notre série, le résultat de l'examen anatomopathologique était dominé par les carcinomes épidermoïdes 10%.

Les divergences s'expliquent par le fait que les adénopathies n'ayant pas fait l'objet d'un examen **anatomopathologique** ont été incluses dans notre étude.

## 6- Etiologies :

Plusieurs auteurs ont constaté que les ADP cervicales sont généralement d'origine bénigne. [33, 34]

Dans notre étude les étiologies bénignes prédominaient (56,66%).

Les étiologies infectieuses étaient plus fréquentes 63,34% dont deux cas d'adénite tuberculeuse soit 6,67%.

Nous avons constaté une prédominance des rhinopharyngites sur l'ensemble des étiologies (16,66%).

Ces résultats se rapprochent des données de la littérature où la majorité des étiologies bénignes retrouvées étaient le plus souvent bactérienne ou virale. [21]

**BOUHDADI S** a constaté dans son étude que les infections ORL apparaissaient à la première position (62,65%), dont les angines étaient les plus fréquentes (22,15%), suivies par les caries dentaires (21,51%)[5].

Au Danemark, **MOORE** a montré dans son étude que 47% des patients avaient des adénopathies réactionnelles.[33]

Les étiologies tumorales ont représenté 26,67%. Les hémopathies ont représenté 10% des étiologies.



# CONCLUSION

Les ADP cervicales restent un problème relativement fréquent en ORL.

Elles nécessitent une prise en charge rigoureuse qui peut aller d'une simple surveillance jusqu'à une éventuelle exérèse ou biopsie.

Certes, les étiologies bénignes sont les plus fréquentes, mais il ne faut surtout pas omettre une cause maligne en particulier chez un adulte présentant un antécédent alcool-tabagique.

Les causes infectieuses sont l'apanage de l'enfant mais une hémopathie peut se cacher derrière ces adénopathies.

La NFS, la CRP, L'IDR à la tuberculine constituent la première étape de la démarche étiologique.

La ponction cytologique ganglionnaire n'a de valeur que si le résultat est positif et, quelque soit le résultat de la ponction, il doit-être confronté a celui de l'examen anatomopathologique définitif du ganglion qui est la clé-diagnostique des adénopathies.

La prise en charge est multidisciplinaire.

# RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous recommandons :

**Au Ministère de la Santé :**

La multiplication des services spécialisés en particulier le service d'ORL en vue de faciliter l'accès des soins spécialisés à la population.

La dotation des hôpitaux des moyens adéquats pour faciliter la prise en charge des affections ORL.

La formation continue des agents

**A la direction du CHU Gabriel Touré :**

La mise à la disposition des services en particulier le service d'ORL d'un plateau technique suffisant pour assurer une prise en charge adéquate des patients.

Le renforcement des laboratoires d'analyse et les services de radiologie par un plateau technique de qualité.

La planification d'une politique de réduction de coût des examens biologiques et radiologiques en vue de faciliter l'accès des soins à la population démunie.

**Au personnel médical du CHU Gabriel Touré :**

La demande d'un avis spécialisé en vue d'optimiser la prise en charge des affections ORL.

Le renforcement de la collaboration multidisciplinaire dans le cadre de la prise en charge des adénopathies.

Le bon conditionnement des prélèvements avant l'envoi en anatomopathologie.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] **NORTON N. S, NETTER FH.**

Cou in précis d'anatomie clinique de la tête et du cou, (3<sup>ème</sup> édition).

Elsevier Masson. 2009, 112-54. 610P

[2] **BONFILS. P, CHEVALIER. J-M.**

Anatomie topographique de la tête et du cou in Anatomie ORL, (3ème édition).

Flammarion-Médecine2011, Science Paris, 104-03, 411p.

[3] **REYT E et RIGHINI C.**

Adénopathies cervicales.

Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-870-a-10, 1999, 10 p.

[4] **DE LABROUHE C, FAVRE E et BERTRAND JC.**

Adénopathies cervicofaciales.

Encycl Med Chir (Editions scientifiques et médicales ELSEVIER SAS, Paris, tous droits réservés), Stomatologie, 22-037-P-10, 2000, 10 P.

[5] **BOUHDADI S.**

Les adénopathies cervicales chez l'enfant (a propos de 177 cas). [Thèse].

Maroc : Université Cadiyyad Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech.2008. N°92. 104p. Disponible:

[http:// adénopathies+cervicales+these+bouskraoui2&category=web&start=1](http://adénopathies+cervicales+these+bouskraoui2&category=web&start=1)

**[6] LINDA A et AL.**

Kawasaki syndrome masquerading as bacterial lymphadenitis

*clinpediatr* 1995, 34 (4): 185-189

**[7] DENISE MALIN. R.**

Des actualités étiopathogénétiques, histologiques, immunohistochimiques, diagnostiques et thérapeutiques sur les adénopathies apparemment primitives et secondaires des néoplasmes orl. [Thèse].

Hôpital clinique départemental d'urgence. Craiova. 2011. P15. Disponible :

<http://Denise+Malin.+R.++Des+actualités+étiopathogénétiques%2C+histologiques%2C+immunohistochimiques%2C&category=web>

**[8] BOBLEWENDE S.**

Contribution à l'étude du diagnostic étiologique des adénopathies chroniques au Burkina Faso (à propos de 108 cas)[Thèse].

Université de Niamey Faculté des Sciences de la Santé. 1946. P 144. Disponible :

<http://Boblewende++S.+++Contribution+a+l'étude+du+diagnostic+étiologique+des+adénopathies+chroniques+au+Burkina+Faso+&category=web>

**[9] FANTINI. P.**

Adénopathies médiastinales, moyens diagnostiques actuels [Thèse]. UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE. 2007. P 88. Disponible :

<http://+FANTINI.+P.++Adénopathies+médiastinales%2C+moyens+diagnostiques+&category=web&start=1>

**[10] KINDE-GAZARD D et COLL.**

*M. Konaté N'faly*

*Thèse de médecine*

*Interne des hôpitaux*

*CHU-GT Service d'ORL et CCF*

Les adénopathies cervicales d'origine tuberculeuse : aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique.

Médecine d'Afrique Noire: 1997, 44 (2) :1-5

[11] **WINTERBAUER RH, BELIC N, MOORES KD.**

Clinical interpretation of bilateral hilaradenopathy.

Ann Intern Med. 1973 ; 78(1):65–71.

[12] **COULON J P et PIETTE E.**

Tuberculose.

Encycl Med Chir (éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), stomatologie, 22-047-a-10, 2001, 14 p.

[13] **FOURNIER J.**

Du nouveau sur la maladie des griffes du chat.

La revue vétérinaire canadienne, 1986, 27(5) : 221-223

[14] **NAOKI OTSUKI MD ET COL.**

Retropharyngeal node metastasis from papillary thyroid carcinoma

Interscience

Journal of the sciences and specialities of Head and Neck 2006, 29(5): 508-511

[15] **NICOLAS B.**

Leucémies aiguës.

Institut la Conférence Hippocrate.Hématologie, 1-10-162, 2005, 17p

[16] **NICOLAS B.**

Leucémies lymphoïdes chronique.

Institut la Conférence Hippocrate.Hématologie, 1-10-163, 2005, 11p

[17] **HACHULLA E, LAMBERT M, PEREZ-COUSIN M .**

Maladie de Takayasu. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris),

Encyclopedie pratique de médecine, 5-0350, 1998, 3 P

[19] **LEENHARDT L, MENEGAUX F, FRANC B.**

Cancer de la thyroïde.

Encycl Med Chir (elsevier, paris).Endocrinologie 10-2008-a-50, 2005

[20] **ELIE S, PERCODANI J, P. JEAN-JACQUES.**

Adénopathie cervicale.

EM-consulte Elsevier Paris, 6-0490-4, 1998, 6p

[21] **ALBERT S, BOZEC H.**

Adénopathies cervicales superficielles in ORL et Chirurgie cervico-faciale.

Eclipse édition marketing 2002. 223-247, 329p

[22] **ONDZOTTO Get COLL.**

Abcès latérocervical de l'enfant fistulisé dans le pharynx.

EMconsulte, Elsevier Masson 2009, 12 (16) : 1562-4

[23] **VALERIE. G, M. JEAN-MICHEL.**

Infection par le VIH.

LA REVUE DU PRATICIEN. 2000, 50 (192) :1003-10

[24] **NDONGO S, N'DIAYE FS, VICKOLA J .**

Profil étiologique des adénopathies cervicales en médecine interne : Etude de 66 observations à DAKAR (SÉNÉGAL)

Med Trop 2008 ; 68 : 523-527

[25] **RAZAFINDRAKOTO RMJ, RAKOTOARISOA A H N, RAMAROZATOVO. N.P.**

Profil épidémio-clinique des adénopathies cervicales chroniques à Antananarivo : à propos de 162 cas.

Rev. méd. Madag. 2012, 2(2):134-137

[26] **MICHEL G.**

Diagnostic des adénopathies superficielles de l'enfant.

EMC Pédiatrie 4-082-J-10 :1-4.

[27] **MOORE SW, SCHNEIDER JW, SCHAAF HS.**

Diagnostic aspects of cervical lymphadenopathy in children in the developing world: A study of 1877 surgical specimens.

PediatrSurgint 2000, 19(4): 240-4.

[28] **KARADENIZ C, OGUZ A, EZER U, OZTURK G ET DURSUN A.**

The etiology of peripheral lymphadenopathy in children.

PediatrHematolOncol 1999; 16(6):525-31.

[29] **LAZARUS AA, THILAGAR B.**

Tuberculous lymphadenitis.

Dis Mon 2007; 53(1):10-5.

[30] **ADENIJI KA, ANJORIN AS.**

Peripheral lymphadenopathy in Nigeria.

Afr J Med MedSci2000; 29 : 233-7.

[31] **DIALLO D, OUATTARA A, TRAORE HA ET AL.**

Etiologies actuelles des adénopathies en médecine interne au Mali.

*MédAfr Noire* 2004; 8 : 23-8.

[32] **LEUNG AK, ROBSON WL**

Childhood cervical lymphadenopathy.

Pediatr Health Care 2004; 18 (1):3-7.

[33] **MOORE SW, SCHNEIDER JW, SCHAAF HS.**

Diagnostic aspects of cervical lymphadenopathy in children in the developing world: A study of 1877 surgical specimens.

J PediatrSurgint 2000, 19(4): 240-4.

[34] **SROUJI IA, OKPALAA N, NILSSEN E, BIRCH S, MONNERY P.**

Diagnostic cervical lymphadenectomy in children: a case for multidisciplinary assessment and formal management guidelines.

Int J PediatrOtorhinolaryngol 2004; 68 (5):551-6.

[35] **L. GAILLANDRE, M. BOUKHELIFA.**

Adénopathies et masses cervicales.

ScienceDirect. Elsevier Masson 2010 ; 181-99.

[36] **KAMATE E.**

Place de la biopsie dans le diagnostic des adénopathies cervico-faciales dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de Kati : 87 biopsie [These].

FMPOS Année 2007. p 86. Disponible :

<http://adenopathie+kati&category=web&start=1>

[37] **N. LARDON, P. DULGUEROV, M. BECKER.**

Groupes ganglionnaires et évidements cervicaux : nouvelle nomenclature.

Revue Médicale Suisse 1999, 2273(57) : 1989-1993

[38] **S. JERBI OMEZZINE, M. BARHOUMI, I. MEZHOUD.**

IMAGERIE DES ADÉNOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES CHU  
Tahar Sfar Mahdia.

Tunisie 2008, 89:1020-36.

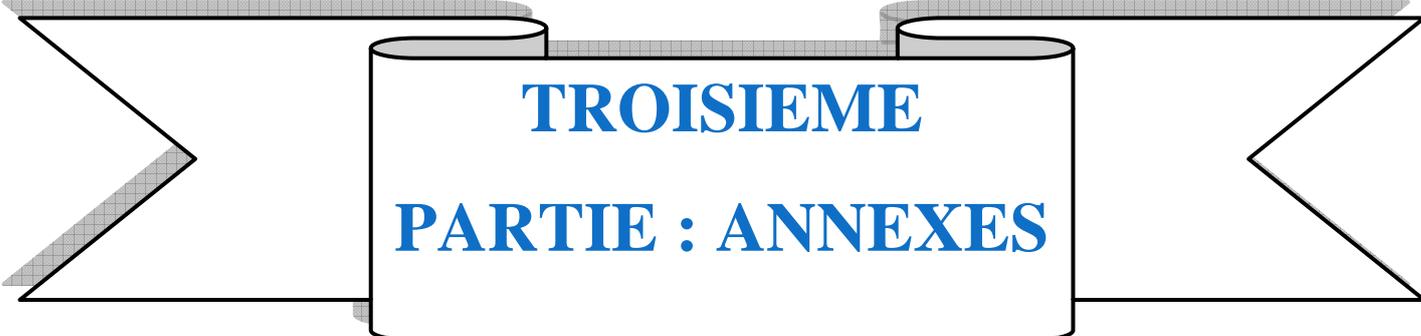
[39] **ZANARET M., PARIS J., DUFLO S.**

Évidements ganglionnaires cervicaux.

EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et Cou, 46-470,  
2005, 11p

[40] **SANDO Z, FOUELIFACK F Y, FOUOGUE J T.**

Etude histopathologique des adénopathies cervicales à Yaoundé,  
Pan African Medical Journal. 2014; 19:185



**TROISIEME  
PARTIE : ANNEXES**

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** KONATE

**Prénom :** N'FALY

**Titre de la thèse :** Etude épidémioclinique des adénopathies cervicales dans le service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré : à propos de 30 cas colligés

**Année de thèse :** 2014

**Pays d'origine:** MALI

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS)-Université de Bamako.

**Secteur d'intérêt :** Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale.

### **Résumé**

Les adénopathies cervicales représentent un motif de consultation fréquent en ORL.

Notre étude avait pour objectif de déterminer le profil sociodémographique des patients présentant une adénopathie cervicale, de décrire les examens cliniques et paracliniques et d'énumérer les principales étiologies.

Il s'agit d'une étude prospective d'une série de 30 cas d'adénopathies cervicales colligés au service d'ORL-CCF du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako sur une période de 1 an allant de Septembre 2013 à Août 2014

La fréquence des adénopathies était de 0,45% des 6600 consultations. Un pic de fréquence a été noté dans la tranche d'âge de 0 à 15 ans. Le sexe masculin était le plus concerné avec un sexe ratio de 1,5. La plupart de nos patients étaient d'origine urbaine (73%).

La majorité de nos patients avaient consulté au-delà de 1 mois. Les signes généraux étaient dominés par la fièvre (26,66%), l'AEG et l'amaigrissement (20%). La localisation sous-digastrique était la plus fréquente (53,3%).

Tous les patients ont bénéficié d'une NFS. La CRP, la VS et l'IDR à la tuberculine. La sérologie HIV, la radiographie du thorax, la cytoponction et l'examen anatomopathologique du ganglion étaient demandées en fonction du contexte.

Les étiologies infectieuses étaient prédominantes 63,34% dont deux cas d'adénites tuberculeuses. Les étiologies tumorales ont représenté 26,67%. Les hémopathies ont représenté 10% des étiologies.

**Mots clés :** ADP, cervico-faciale, chroniques, infectieuses, inflammatoires, malignes.



**II- ASPECTS CLINIQUES:**

**1. Mode de recrutement**

- Référence : SAU-CHU GT  CSCOM  CSRéf  Clinique  
privée  Hôpitaux régionaux  Venu de lui-même

Autres : .....

**2- Antécédents :**

**Personnels :**

Radiothérapie cervicale : oui  non

Interventions chirurgicales de la face ou du cuir chevelu : oui  non

Maladie de système : oui  non

Immunodépression : oui  non

Contage tuberculeux : oui  non

Infection ORL : oui  non

Antécédent de parasitose : oui  non

Rubéole : oui  non

Rougeole : oui  non

Antécédent de néoplasie : oui  non

**Autres :**

**Familiaux :**

Tuberculose: oui  non

Cancer : oui  non

**3-Mode de vie/facteur de risque**

Alcool g/l  
Tabac paquets-années  
Toxicomanie doses/jour  
Contact avec les animaux : oui ☐ non ☐  
Vaccination : oui ☐ non ☐  
Notion de griffure/léchage : oui ☐ non ☐  
Séjour dans une zone d'endémie parasitaire : oui ☐ non ☐

**Autres**

**4- Histoire de la maladie :**

**Délai de consulte :**

**Mode de début :**

Brutale ☐ Progressif ☐

**Ancienneté :**

Aigue ☐ subaiguë ☐ Chronique ☐

**Signes associés :**

Oui ☐ non ☐

Si oui

Amaigrissement ☐ Douleur ☐ Fièvre ☐

Dysphonie ☐ Dysphagie ☐ Dyspnée ☐

Odynophagie ☐ Otalgie ☐ Obstruction nasale ☐

Epistaxis ☐ Hypoacousie ☐ Sensation de plénitude de l'oreille ☐

Toux ☐ Rhinorrhée ☐ Ronchopathies ☐

**Autres :**

**5- Examen de l'adénopathie :**

Siège exact :

Unilatéralité ☐

bilatéralité ☐

Nombre

Taille précise

Sensibilité

Consistance

Fixité

Mobilité

Aspect de la peau en regard

**5- Examen ORL et cervico-faciale**

Cou et face

Cavité buccale et oropharynx

Rhinoscopie antérieure

Otoscopie

Laryngoscopie indirect

Nasofibroscopie

**Examen générale**

**6- Examens complémentaires**

**Biologie :**

**NFS**

Normale

Pathologique (préciser)

**CRP**

Normale

Élevée

*M. Konaté N'faly*

*Thèse de médecine*

*Interne des hôpitaux*

*CHU-GT Service d'ORL et CCF*

**VS**

Normale

Élevée

**IDR à la tuberculine**

Positif à ..... UI

Négatif

**Crachat BAAR**

Positif

négatif

**Sérologie HIV**

Positif

négatif

**Bilan spécifique**

**Autres bilans**

**Imagerie**

**Rxthorax F/P**

**Echographie cervicale**

**TDM/IRM cervicale**

**PET-scan**

**Panendoscopie**

**Ponction cytologique ganglionnaire :**

**Cervicotomie exploratrice**

*M. Konaté N'faly*

*Thèse de médecine*

*Interne des hôpitaux*

*CHU-GT Service d'ORL et CCF*

**Examen anatomopathologique**

**Autres examens**

**7- Diagnostic retenu**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

**Je le jure.**