

MINISTERE D'ETAT CHARGE DE
L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

.....
*Direction Nationale de l'Enseignement
Supérieur et de la recherche scientifique*

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DU MALI

Année 1992

N° 16

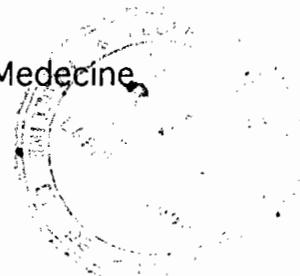
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ETIOLOGIQUES
DES ADENOPATHIES EN SERVICE DE MEDECINE INTERNE A
BAMAKO.

THESE

Présentée et soutenue publiquement le1992
devant

L'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie du Mali
Par

OUATTARA Adame
pour obtenir le grade de Docteur en Medecine
(DIPLOME D'ETAT)



JURY

PRESIDENT: Pr Sine BAYO

MEMBRES: Dr Aguibou CISSE
Dr Hamar Alassane TRAORE

DIRECTEUR DE THESE: Dr Dapa Ali DIALLO

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1992-1993

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S. CISSE	Premier assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxieme assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Professeur Bakary M. CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R. de chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie générale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho-Traumato-Secourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Professeur Djibril SANGARE	Chirurgie générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L
Docteur Mme DIANE F.S DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesth.-Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie générale
Docteur Sekou SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Docteur A.K. TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Brehima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Sine BAYO	Anatomie-Path.
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie
Professeur Ogobara DOUMBO	Parasitologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yeya Tiemogo TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef D.E.R. Sciences fond.
Professeur Yenimegue A. DEMBELE	Chimie Organique

3. DOCTEURS 3° CYCLE

Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie analytique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mahamadou CISSE	Biologie
Professeur Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Professeur N'yenigue S. KOITA	Chimie Organique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D.E.R. Medecine
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Professeur Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Medecine interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie

Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Medecine interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Medecine interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato.-Medecine interne
Docteur Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Medecine interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
Professeur Arouna KEITA	Matière médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boukassoum HAIDARA	Légl. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R. Sciences pharm.
Docteur Drissa DIALLO	Matières Médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Chef D.E.R. Santé publique
Professeur Moussa A. MAIGA	Santé publique
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de conf. Santé publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bernard CHANFREAU	Santé publique
Docteur Jean MICHEL	Santé publique
Docteur Bocar G. TOURE	Santé publique
Docteur Sory I. KABA	Santé publique

CHARGES DE COURS

Docteur Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Boubou DIARRA	Bactériologie
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie générale et minérale
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Mathématiques
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur Aliou KEITA	Galénique
Docteur Boubacar KANTE	Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu

ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie
Docteur Sahare FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoit KOUMARE	Chimie analytique
Docteur Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Docteur Mamadou DEMBELE	Médecine interne

C.E.S

Docteur Georges YAYA (CENTRAFRIQUE)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (SENEGAL)	Ophtalmologie
Docteur Mohamed ASKIA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur Jonas N'DJIKAM (CAMEROUN)	Ophtalmologie
Docteur Djoro DEZOUNBE (TCHAD)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie générale
Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J.P. BISSET	Biophysique
Professeur F. ROUX	Biophysique
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur E.A. YAPO	Biochimie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie chimique
Professeur Issa LO	Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yeya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Adama SANOGO	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I. SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. CENTRALE
Docteur REZNIKOFF	I.O.T.A.
Docteur J. Thomas TRAORE	I.O.T.A.
Docteur P. BOBIN	I. MARCHOUX
Docteur A. DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	I.O.T.A.
Docteur Hamidou B. SACKO	H.G.T.

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon Père

Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as accompli pour nous et de l'affection que tu nous as donnée. Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que dans l'exercice de mon métier j'attache, à ton image, toujours la même rigueur.

A ma mère

Pour ton soutien indéfectible, ta constante présence et l'amour dont tu nous entoures.

A Abdoulaye, Oumar, Moussa

Ce travail est aussi le vôtre. Avec tout mon amour.

A toute ma famille

A mes amis Nicaise AMARI et Dieneba Daffa KEITA

A Mme Koura KEITA

Pour que jamais je n'oublie que le devouement est la principale qualité du medecin.

REMERCIEMENTS

A tous mes amis.

A Issa BENZACOUR, Moussa DIARRA, Siaka SOGODOGO, Claude RUGAMBWA, Irene Eulalie YONKEU

Pour leur solidarité au cours de l'année écoulée.

Aux majors Alkhalifa TOURE, Abdoukarim TOURE

Pour toute l'aide apportée.

A tout le personnel du service de médecine interne.

Aux chirurgiens du service de chirurgie II et aux internes N'tji KEITA et Ibrahim TRAORE

Pour leur collaboration et leur gentillesse.

Au Docteur Assa SIDIBE

Pour sa constante disponibilité et son ouverture d'esprit.

Aux Professeurs Ali Nouhoum DIALLO, Eric PICHARD

Pour leur enseignement et leur aide.

AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury, le professeur Sine BAYO
Professeur agrégé d'anatomie pathologie et d'histologie embryologie. Chef de service du laboratoire d'histopathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous reconnaissons en vous des qualités d'enseignant juste et rigoureux. Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance.

Au docteur Aguibou CISSE

Spécialiste en chirurgie, service de chirurgie II à l'hôpital du Point "G"

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges nous honore. Votre contribution pendant toute la durée de ce travail et votre simplicité nous ont donné un aperçu de vos qualités humaines. Soyez assuré de notre gratitude.

A notre maître, le docteur Hamar Alassane TRAORE

Assistant chef de clinique, service de médecine interne à l'hôpital du Point "G". Spécialiste en Médecine interne

Cette année de thèse nous a permis de nous imprégner de la qualité de votre enseignement. Nous avons trouvé en vous un maître toujours disponible. Acceptez l'expression de notre reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse, le docteur Dapa Ali DIALLO

Assistant chef de clinique, service de médecine interne à l'hôpital du Point "G". Spécialiste en Hématologie.

Nous vous devons la presque totalité de ce travail. Durant toute l'année vous nous avez encadré et nous avons découvert en vous un enseignant méthodique et minutieux. Soyez certain de notre vive reconnaissance.

SOMMAIRE

I	INTRODUCTION	page 1
II	PREMIERE PARTIE: GENERALITES	page 2
	1- Anatomie- histologie et fonctions du ganglion	page 2
	2- Circonstances d'apparition d'une hypertrophie ganglionnaire	page 5
	3- Caractères anatomo-cliniques de certaines adénopathies	page 5
III	DEUXIEME PARTIE: MALADES ET METHODES	page 9
	1- Malades étudiés	page 9
	2- Méthodes	page 9
IV	TROISIEME PARTIE: RESULTATS	page 12
	A- Enquête prospective	page 12
	1. Aspects épidémiologiques	page 12
	2. Aspects cliniques	page 17
	3. Le diagnostic	page 19
	4. Devenir des malades	page 21
	5. Aspects étiologiques	page 22
	B- Enquête rétrospective	page 41
	C- Synthèse des données des 2 enquêtes	page 43
V	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	page 45
VI	CONCLUSION	page 54

I- INTRODUCTION

Reconnaître l'hypertrophie ganglionnaire est en général aisé. En reconnaître l'étiologie est par contre ardu. Le milieu tropical offre un contexte particulier où l'enquête étiologique des adénopathies et la prise en charge médicale du patient consultant pour une hypertrophie du ganglion est encore plus difficile du fait de trois raisons essentielles :

- 1) L'association fréquente de plusieurs pathologies.
- 2) L'insuffisance des moyens d'investigation.
- 3) Le bas niveau économique des malades qui n'ont aucune couverture sociale.

D'où les retards dans le diagnostic et les implications pronostiques qui en découlent. Pourtant, lorsqu'elles sont diagnostiquées précocément certaines affections ganglionnaires sont rapidement curables et à peu de frais. Il est donc important de préciser l'importance relative des différentes affections du ganglion et d'élaborer une conduite pratique de diagnostic la plus efficace, rapide, et la moins coûteuse.

Au Mali, peu d'études ont été faites sur l'hypertrophie ganglionnaire. Une enquête effectuée en zone rurale en 1981 évalue la prévalence des adénopathies à 30,1% pour les territoires inguinaux, 15,8% pour les territoires axillaires et 6,7% pour les aires cervicales (19). Peu d'études ont été faites en milieu hospitalier.

Notre étude se proposait :

- de définir la prévalence des adénopathies en service de médecine interne à Bamako,
- d'en décrire les caractéristiques cliniques,
- et de préciser la place des étiologies rencontrées.

II- PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1-ANATOMIE - HISTOLOGIE et FONCTIONS du GANGLION

1.1- Rappels anatomiques

Les ganglions lymphatiques sont des organes lymphoïdes ovoïdes en forme de haricot disposés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Leur grand diamètre varie de 3 à 6 mm (9). Le ganglion présente une partie convexe qui reçoit les vaisseaux lymphatiques dits afférents et une partie concave, le hile, où pénètrent les artérioles nourricières et d'où sortent les veinules et les vaisseaux efférents.

Les ganglions sont très habituellement disposés en groupes au niveau des territoires superficiels et profonds. Pour les ganglions superficiels on décrit ainsi les territoires cervicaux (occipitaux, sous-maxillaires, jugulo-carotidiens, sus-claviculaires, prétragiens...), axillaires, inguinaux, épitrochléens. Ces aires sont facilement explorables par un simple examen clinique. Les ganglions profonds sont regroupés au sein du médiastin (groupes latérorachéaux, péribronchiques, interbronchiques), le long des gros vaisseaux de l'abdomen (para-aortiques, iliaques primitifs, iliaques externes) et dans le mésentère. On citera dans ce groupe de ganglions profonds la rate. Le diagnostic des états d'hypertrophie au niveau de ces territoires ganglionnaires nécessite le plus souvent l'imagerie médicale utilisant la lymphographie, l'échographie, le scanner ou la résonance magnétique.

En situation pathologique on peut palper des ganglions en dehors de ces territoires classiques, posant parfois des problèmes de diagnostic résolus seulement par l'examen anatomopathologique.

1.2- Rappels histologiques

Après coloration à l'hématoxylline-éosine, la coupe de ganglion apparaît comme une masse de tissu violet entouré d'une capsule de tissu conjonctif qui émet des trabéculations à partir de divers endroits de la surface convexe vers l'intérieur de l'organe. L'examen histologique permet d'identifier au niveau du ganglion outre cette capsule, une corticale, une zone médullaire et une zone para-corticale.

1.2.1- La capsule

C'est l'enveloppe externe du ganglion. Elle est constituée de fibroblastes et de fibrilles qui se prolongent à l'intérieur de la corticale de l'organe pour y délimiter des sortes de lobules ou "logettes" communiquant largement entre elles.

1.2.2- La corticale

Elle est constituée de follicules lymphoïdes retrouvés au sein des lobules circonscrits par les prolongements de la capsule.

La composition et l'aspect de ces follicules varie en fonction de l'âge :

_ chez le nouveau-né normal , ils sont composés par un amas de petits lymphocytes leur donnant un aspect homogène et dense . Ces follicules sont dits "follicules primaires".

_ chez le sujet adulte par contre, ils sont composés d'une couronne sombre de petits lymphocytes B entourant une zone claire constituée de cellules lymphoïdes jeunes (lymphoblastes , centroblastes , immunoblastes), de lymphocytes B , de macrophages et de cellules dendritiques. Cette zone centrale claire a été appelée centre germinatif en raison de son intense activité mitotique . Ces follicules sont appelés "follicules secondaires". Les follicules lymphoïdes sont en association étroite avec une trame de soutien constituée de fibres et de cellules anastomosées (fibres de collagène , fibroblastes , histiocytes).

1.2.3- La zone médullaire

C'est le centre du ganglion, très remarquable par la présence des cordons médullaires. Les cordons médullaires réalisent des colonnes de lymphocytes entourés de macrophages auxquelles elles adhèrent intimement. Ces macrophages les séparent des sinus lymphatiques que nous étudierons plus loin. Elle peut être particulièrement riche en plasmocytes en cas de stimulation antigénique.

1.2.4- La zone para-corticale

Elle sépare les éléments de la corticale de ceux de la médullaire du ganglion. On y trouve des lymphocytes T en rapport étroit avec des cellules interdigitantes et des plasmocytes.

1.2.5- La vascularisation du ganglion

1.2.5.1- La vascularisation lymphatique

La lymphe arrive dans le ganglion par des vaisseaux lymphatiques afférents qui l'abordent par sa surface convexe et donnent naissance à un réseau sous-capsulaire appelé sinus marginal. Il s'agit d' un véritable lac

lymphatique entourant le tissu ganglionnaire et cloisonné par des trabécules issues de la capsule du ganglion. Le sinus marginal se continue à l'intérieur du ganglion par d'autres sinus dits intermédiaires, corticaux et médullaires.

Toute la lymphe du sinus marginal est drainée par les sinus intermédiaires vers le hile d'où elle quitte le ganglion par les vaisseaux lymphatiques efférents pour être déversée dans le canal lymphatique. Sinus marginal et sinus intermédiaires sont entourés de nombreux macrophages. Ce sont les zones macrophagiques où l'antigène apporté par les lymphatiques efférents est fixé et phagocyté.

Les sinus du ganglion lymphatique sont remarquables par leur paroi constituée uniquement de cellules endothéliales sans membrane basale.

1.2.5.2- La vascularisation sanguine

Elle est assurée par les artérioles qui pénètrent le ganglion par le hile. Les artérioles se distribuent en un réseau de système capillaire dans tout le parenchyme ganglionnaire. Le sang de ce réseau capillaire quitte le ganglion par l'intermédiaire de veinules post-capillaires pourvues d'un endothélium turgescent, qui se continuent par des veines efférentes. C'est au niveau de ces veinules post-capillaires que les lymphocytes quittent le sang pour gagner le tissu lymphoïde.

1.3- Fonctions du ganglion

Condensation encapsulée de cellules lymphoïdes et de macrophages, branché comme un filtre sur les circulations sanguine et lymphatique, le ganglion a un rôle de filtre et d'épuration du sang et de la lymphe, et de défense immunitaire de l'organisme.

1.3.1- Fonctions de filtration et d'épuration

La filtration-épuration lymphatique est rendue possible grâce à deux éléments essentiels: la position stratégique du ganglion et l'organisation labyrinthique des sinus lymphatiques. Elle est assurée par les cellules phagocytaires retrouvées particulièrement au niveau de la zone médullaire du ganglion et des sinus vasculaires.

La filtration et l'épuration sanguine sont assurées surtout par la rate.

1.3.2- Défense immunitaire de l'organisme
Le ganglion joue un rôle essentiel dans la défense de l'organisme contre les agressions étrangères en particulier infectieuses. Ce rôle de défense est spécifique, assuré par les lymphocytes, et non spécifique, assuré alors par les macrophages. Selon les caractéristiques de l'antigène agresseur, on assistera à une hypertrophie des zones lymphocytaires B (follicules essentiellement) ou T (zone para-corticale essentiellement).

2 - CIRCONSTANCES D'APPARITION D'UNE HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE

Schématiquement l'hypertrophie est observée au cours de 2 grandes circonstances essentielles :

- Lors de l'agression de l'organisme par un agent étranger. Il s'agit en général d'un agent particulier. L'adénopathie traduit alors l'hyperactivité du ganglion par réaction à l'agent particulier. Le phénomène est un phénomène transitoire qui disparaît après arrêt de la stimulation. On citera dans ce contexte les adénopathies observées au cours d'infections bactériennes, virales ou parasitaires, au cours de stimulations par des corps étrangers.

- Lors de l'envahissement du ganglion par des cellules bénignes ou malignes. On observera ainsi une hypertrophie ganglionnaire au cours d'affections bénignes comme les thésaurismoses, les hémangiomes, les hémangioépicytomes, ou malignes comme les lymphomes malins hodgkiniens ou non hodgkiniens, les leucémies aiguës en particulier lymphoblastiques, les syndromes lymphoprolifératifs, les envahissements métastatiques des carcinomes ou des sarcomes (sarcome de Kaposi, hémangiosarcome, fibrosarcome).

Les adénopathies observées au cours des affections comme la sarcoïdose, la maladie de Castelmann, la maladie de Rosai et Dorfman, la maladie de Chediak, les histiocytoses "X", les déficits immunitaires constitutionnels sont considérées comme des adénites dysimmunitaires (6).

3- CARACTERES ANATOMO-CLINIQUES DE CERTAINES ADENOPATHIES

3.1- Tuberculose ganglionnaire

Les adénopathies siègent classiquement au niveau cervical haut. Une localisation médiastinale peut exister au cours de la primo-infection. Les adénopathies sont de taille variable, fermes, sensibles et mobiles au début. Elles s'associent à des signes généraux ou non. La vitesse de sédimentation

(VS) est habituellement augmentée. Leur évolution se fait vers la coalescence avec adhésion à la peau.

Histologiquement, l'aspect typique est caractérisé par la présence de follicules tuberculeux, arrondis ou ovalaires constitués de cellules épithéloïdes fusiformes disposées en torsade ou en spirale (9). Au centre des follicules s'observent une ou plusieurs cellules géantes de Langhans. Ces cellules sont de volumineux plasmodes au cytoplasme acidophile contenant de nombreux noyaux périphériques.

L'évolution du follicule épithéloïde vers la caséification est spécifique de la tuberculose (9). Son centre subit alors une infiltration graisseuse avec fusion des cellules épithéloïdes et des cellules de Langhans et formation de caseum. La fonte caséuse devient progressivement totale, ne laissant subsister qu'une mince couche de cellules épithéloïdes sous la capsule. Au stade cicatriciel, l'architecture ganglionnaire est formée de travées fibreuses et de nodules calcifiés. Avant le stade de caséification, le follicule épithéloïde pose le problème diagnostique d'une sarcoïdose ou d'une toxoplasmose.

3.2- Adénopathies par stimulation virale : Exemple du virus de l'immunodéficience acquise (VIH)

Il s'agit de polyadénopathies généralisées persistantes ou chroniques. Les localisations cervicales et axillaires sont les plus fréquentes mais les adénopathies peuvent siéger dans des territoires inhabituels : épitrochléen, pré-claviculaire, poplité.

L'histologie ganglionnaire permet la classification en 4 types (7) :

- type IA : ce type prédomine au début de la maladie. Il s'agit d'une hyperplasie folliculaire montrant de volumineux centres germinatifs à cytologie très polymorphe. Ces centres sont pénétrés par de nombreux lymphocytes et entourés d'une couronne lymphocytaire estompée.

- type IB : c'est le stade d'involution folliculaire. La fragmentation folliculaire modifie l'architecture ganglionnaire. Les follicules sont détruits et comportent des îlots de lymphocytes et des zones hémorragiques au sein des centres germinatifs. La couronne lymphocytaire est très altérée ou absente.

- type II : il est caractérisé par une infiltration diffuse du ganglion et une hyperplasie vasculaire avec une quantité variable d'immunoblastes et de plasmocytes.

- type III : il s'agit de l'atrophie ganglionnaire que l'on observe au stade de SIDA évolué, avec déplétion lymphoïde. Les lymphocytes, peu nombreux, sont associés à une fibrose. Il existe une hypervascularisation du ganglion.

3.3- Toxoplasmose

Cliniquement les ganglions sont fermes, peu ou pas sensibles, de volume modéré et de localisation généralement cervicale. La localisation occipitale est considérée comme caractéristique de cette affection. L'examen histologique retrouve une hyperplasie lymphoréticulaire polymorphe sans tendance à la suppuration (9). La morphologie générale du ganglion est le plus souvent respectée mais on observe parfois la disparition de l'architecture folliculaire avec toutefois une capsule toujours respectée.

3.4- Maladie de Hodgkin

Le premier signe le plus fréquent est en règle une adénopathie superficielle unique ou multiple, de siège cervical, plus rarement inguinal ou axillaire (6). Les adénopathies sont en général asymétriques ou unilatérales. L'état général du malade est longtemps conservé. L'existence de signes généraux et d'un syndrome biologique inflammatoire témoigne d'un stade avancé de la maladie.

La cytologie après ponction à l'aiguille fine permet d'affirmer le diagnostic quand elle montre des cellules de Reed Sternberg, volumineuses cellules au noyau polylobé entourant des nucléoles bleutés et au cytoplasme basophile. Dans certains cas la ponction ne ramène que des lymphocytes ou des éléments d'un granulome inflammatoire. Le diagnostic n'est alors possible que sur coupes histologiques. Quatre types histologiques sont actuellement reconnus (9) :

- le type I : ce type se caractérise par la présence de cellules de Reed Sternberg avec prédominance de lymphocytes.

- le type II : où les lésions s'organisent sous forme de nodules scléreux (sclérose nodulaire).

- le type III à cellularité mixte où l'architecture du ganglion a disparu et remplacée par de nombreuses cellules de Reed Sternberg et variantes .

- le type IV caractérisé par une déplétion lymphocytaire avec présence variable de cellules de Reed Sternberg.

3.5- Lymphomes malins non hodgkiniens

Les adénopathies périphériques sont la manifestation clinique la plus fréquente. De taille variable, peu sensibles et sans adhérences, il s'agit parfois de volumineux paquets ganglionnaires fixés. Les adénopathies médiastinales sont moins fréquentes et le plus souvent asymptomatiques. Elles se rencontrent volontiers au cours des formes cytologiques T. Les adénopathies abdominales mésentériques, asymptomatiques, sont plus fréquemment observées que dans la maladie de Hodgkin.

La cytologie, parfois évocatrice, est souvent cause d'erreurs.

L'histologie montre une disparition de l'architecture du ganglion et permet la classification du lymphome en faible grade de malignité, malignité intermédiaire, ou haut grade de malignité selon la formulation commune internationale (6).

3.6- Leucémies lymphoïdes chroniques

Les localisations superficielles sont les plus fréquentes. Les adénopathies sont bilatérales et classiquement symétriques, sans caractère inflammatoire ni signe de compression. L'augmentation rapide de volume et l'extension à d'autres territoires ont valeur de pronostic. Les adénopathies profondes sont habituellement latentes.

Histologiquement on note la disparition de l'architecture normale du ganglion, remplacée par une nappe de petits lymphocytes. Les sinus sont également bourrés de lymphocytes. La capsule est envahie, parfois le tissu péricapsulaire est également infiltré (6).

3.7- Métastases ganglionnaires

Les adénopathies métastatiques sont classiquement des adénopathies de petite taille, dures, mobiles, indolores, sans périadénite. Elles peuvent devenir très volumineuses, adhérer au plan profond et à la peau. Leur fistulisation est possible. La topographie a valeur d'orientation. Le ganglion de Troisier, de siège sus claviculaire gauche est un ganglion métastatique observé au cours des cancers digestifs.

La cytologie et l'histologie du ganglion permettent d'affirmer le diagnostic de métastase sans préciser l'origine de la cellule métastatique. Prent alors toute son importance la confrontation des données cliniques dont le siège de l'adénopathie, et cytohistologiques. Dans certains cas la recherche de marqueur tumoral spécifique sur coupe de tissu ganglionnaire permet d'affirmer l'origine de la cellule métastatique.

III- DEUXIEME PARTIE : MALADES ET METHODES

1- MALADES ETUDIES

Notre étude est une étude à la fois rétrospective portant sur 121 dossiers de malades glanés dans les archives du service de médecine interne de l'hôpital du Point "G", et prospective, concernant 53 malades suivis par nous même.

2- METHODES

2.1 Lieu et durée du travail

Les dossiers pour l'enquête rétrospective ont été recensés dans les archives du service de médecine interne de l'Hôpital national du Point G (HNPG) de Bamako (médecine A , B , C , D) sur la période allant de 1982 à Août 1991 soit une période de 10 ans. Ce recrutement a été aussi exhaustif que possible. Mais il convient de noter que plusieurs dossiers ont été rejetés faute de précision diagnostique et/ou de précision sur la taille des ganglions.

Ainsi parmi 1017 dossiers sur lesquels la mention adénopathie a été portée, 121 (11,90%) seulement ont pu être retenus pour analyse. L'étude prospective a été conduite dans le même service que l'enquête rétrospective. Cette étude couvre la période de septembre 1991 à Août 1992. Durant ces 12 mois, toutes les adénopathies rencontrées ont fait l'objet d'une exploration selon un protocole d'étude présenté en annexe.

La plupart de nos malades ont été suivis dans les services de médecine interne (A,B,C,D) en hospitalisation ou en consultation externe. Quelques malades ont été suivis dans d'autres services de l' HNPG.

2.2 Protocole d'étude de l'enquête prospective

Chaque malade a fait l'objet :

-d'un interrogatoire visant à préciser les déterminants socio-économiques, le lieu de résidence, les antécédents pathologiques, le début de la maladie, le motif d'hospitalisation, la date, le mode et les circonstances de découverte de l'adénopathie, les traitements antérieurs à

l'hospitalisation.

-d'un examen clinique qui précise l'état général, recherche une lésion cutanée, ORL, génitale ou anale, un foyer pulmonaire, une organomégalie associée à l'adénopathie. La localisation de l'adénopathie est précisée de même que son caractère unique ou multiple. Les caractéristiques du ganglion hypertrophié sont également précisées.

-d'examens complémentaires comportant des examens d'imagerie médicale visant à préciser tant que cela était possible la topographie exacte du syndrome ganglionnaire, et des examens biologiques à visée essentiellement diagnostique.

Quand cela a été possible, l'adénopathie a été biopsiée pour un examen anatomopathologique.

.Les radiographies du thorax et les échographies abdominales ayant constitué l'essentiel du bilan d'imagerie, ont été réalisées dans le service de radiologie de l'HNPG (service du Pr I. TRAORE).

.La biopsie a été faite par l'équipe du service de chirurgie II de l' HNPG (service du Pr. S. SOUMARE).

Cette biopsie a en général été effectuée sous anesthésie locale. Dans un cas cependant, le ganglion a été prélevé au cours d'une laparotomie.

.L'étude anatomopathologique du tissu ganglionnaire ou hépatique dans quelques cas, a été pratiquée dans les services d'anatomopathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) de Bamako (service du Pr. S. BAYO) , et du Pharo à Marseille en FRANCE (service du Pr. GUELLAIN).

.Les frottis de ponction ganglionnaire et appositions ont été lus au laboratoire de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP) par le Dr. D. DIALLO .

Ce frottis ganglionnaire a été pratiquement systématique car les résultats de l'examen anatomopathologique étaient reçus de façon différée et il était important de prendre une décision thérapeutique urgente pour certains malades. L'étalement sur lame permettait en outre de faire une coloration de Ziehl Neelson pour la recherche de bacille acido-alcool-résistant (BAAR). Cette coloration était faite de façon orientée par l'aspect macroscopique du suc ganglionnaire et la microscopie, et les préparations étaient lues au laboratoire de l'ENMP. La culture sur milieu de Lowenstein n'a pu être réalisée faute de milieu de culture.

.Les myélogrammes, quand ils ont été nécessaires, ont été lus au laboratoire de l'ENMP.

.Le diagnostic biologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience acquise (HIV) a utilisé les méthodes ELISA (2 positivité sur deux prélèvements différents confirmaient le diagnostic) et

WESTERN-BLOT. Ces tests sérologiques ont été pratiqués à l'INRSP et dans le service des urgences de l'HNPG. La sérologie de la toxoplasmose et le BW ont été faits au laboratoire de l'HNPG (service du Dr. I. MAIGA).

.L'intra-dermo-réaction (IDR) à la tuberculine à 10 UI a été faite en service de pneumologie de l'HNPG.

.L'hémogramme, la vitesse de sédimentation érythrocytaire (VS), les examens chimiques du sang, l'analyse des urines et des selles ont été effectués dans les laboratoires de l' HNPG et de l'ENMP.

- Notre protocole précise enfin le traitement institué et l'évolution de la maladie.

2.3 Exploitation statistique des résultats

L'exploitation statistique des résultats a utilisé le calcul des moyennes, la comparaison de moyennes et les tests de corrélation.

IV- TROISIEME PARTIE : RESULTATS

A _ ENQUETE PROSPECTIVE

1 - ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1-1 Répartition des malades en fonction des services

Tableau n°1: Répartition des malades selon les services

PROVENANCE	NOMBRE DE CAS	NOMBRE D' HOSP*	POURCENTAGE	PREVALENCE
Medecine A	6	261	11,3	0,7
Medecine B	8	181	15,1	0,9
Medecine C	20	248	37,8	2,2
Medecine D	12	219	22,6	1,3
Autres services	2		3,8	
Consultations externes	5		9,4	
TOTAL	53	909**	100	5,8***

*: nombre d'hospitalisations pendant la période d'observation

** : total des hospitalisations en service de medecine interne

***: prévalence globale pour le service de medecine interne

Nos malades proviennent pour l'essentiel du service de medecine interne. Le tableau n°1 montre la répartition dans les différents pavillons d'hospitalisation et les prévalences.

1-2 Provenance des malades

Tableau n°2: Répartition des malades en fonction de la provenance

REGION	EFFECTIF	POURCENTAGE
KAYES	4	7,5
DISTRICT DE BAMAKO	31	58,5
KOULIKORO	5	9,4
SIKASSO	3	5,7
SEGOU	4	7,5
MOPTI	3	5,7
TOMBOUCTOU	0	0
GAO	0	0
KIDAL	0	0
ETRANGER	3	5,7
TOTAL	53	100

La majorité des malades provient du district de Bamako et de la région de Koulikoro. Les régions du nord ne sont pas représentées (Tableau n°2).

1-3 Incidence des adénopathies

Parmi nos malades 51 sont des cas nouveaux. L'incidence des adénopathies dans le service de médecine interne est de 5,6

1-4 Répartition en fonction de l'âge

Tableau n°3: Répartition en fonction de l' âge

CLASSE D' AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0-10 ans	6	11,3
11-20 ans	5	9,4
21-30 ans	15	28,3
31-40 ans	17	32,1
41-50 ans	5	9,4
51-60 ans	3	5,7
>60 ans	2	3,8
TOTAL	53	100

Le tableau n°3 montre la répartition des malades en fonction de l'âge. Plus de la moitié des malades soit 50,4% appartient à la tranche d'âge de 21 à 40 ans. Avant l'âge de 11 ans on retrouve 11,3% des malades. Après 60 ans, on ne retrouve que 3,8%. L'hypertrophie ganglionnaire est donc une pathologie de l'adolescent et de l'adulte jeune.

1-5 Répartition en fonction du sexe

Tableau n°4: Répartition en fonction du sexe

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
FEMININ	21	39,6
MASCULIN	32	60,4
TOTAL	53	100
SEX-RATIO	1,52	

La prédominance masculine est nette avec un sex-ratio égal à 1,52 (Tabl. 4).

1-6 Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Tableau n°5: Répartition des malades en fonction de l'âge et du sexe

CLASSE D'	AGE	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	TOTAL
sexe nb de cas	masculin	2 3,80%	3 5,70%	5 9,40%	12 22,60%	4 7,50%	3 5,70%	2 3,80%	32 60,40%
	féminin	4 7,50%	2 3,80%	10 18,90%	4 7,50%	1 1,90%	0	0	21 39,60%
SEX- RATIO	1,5								
total pourcentage		6 11,30%	5 9,40%	15 28,30%	16 30,10%	5 9,40%	3 5,70%	2 3,80%	53 100%

La prédominance des malades dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans est retrouvée dans les deux sexes. Après 50 ans, les adénopathies s'observent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (Tableau n°5).

1-7 Répartition en fonction de l'ethnie

Tableau n°6: Répartition en fonction de l'ethnie

ETHNIE	NOMBRE	POURCENTAGE
BAMBARA	29	54,7
SARAKOLE	7	13,1
PEULH	7	13,1
SENOUFO	3	5,7
BOZO	3	5,7
SONGHOI	1	2
AUTRE	3	5,7
TOTAL	53	100

(NB : Les ethnies Malinké et Bambara ont été regroupées sous le terme "Bambara")

On note une large prédominance des Bambaras, suivis à égalité mais loin derrière par les Peulhs et les Sarakolés, puis les Bozos. Les autres ethnies sont beaucoup moins représentées (Tableau n°6).

1-8 Répartition en fonction de la catégorie professionnelle

Tableau n° 7: Répartition en fonction de la catégorie professionnelle

CATEGORIE PROFESSIONNELLE	EFFECTIF	POURCENTAGE
CULTIVATEUR	7	13,2
FEMME AU FOYER	14	26,5
COMMERCANT	6	11,3
FONCTIONNAIRE	7	13,2
ELEVE/ETUDIANT	6	11,3
AUTRES	13	24,5
TOTAL	53	100

Les femmes au foyer prédominent dans notre population de malades. Elles sont suivies à des fréquences égales par les cultivateurs et les fonctionnaires, puis par les commerçants et les étudiants. Les autres professions représentent 1/5ème des cas.

2 - ASPECTS CLINIQUES

2-1 Motif d'hospitalisation

Les adénopathies représentent le motif d'hospitalisation de nos malades dans 39% des cas.

2-2 Ancienneté des signes

L'ancienneté des adénopathies au jour de l'hospitalisation est d'une durée moyenne de 7 mois, avec des extrêmes de 1 jour et 48 mois.

2-3 Mode de découverte des adénopathies

Dans 75% des cas, l'adénopathie a été découverte par le malade lui même soit à l'occasion de la palpation d'une boule (51%), soit à l'occasion de douleurs au niveau du ganglion (37%).

La douleur et la découverte d'une boule constituent donc les 2 circonstances de découverte par le malade.

2-4 Caractéristiques des ganglions

- 98% de nos adénopathies sont de consistance ferme ou dure.
- Les adénopathies sont indolores dans 61% des cas précisés.
- 67% d'entre elles sont mobiles.
- Dans 94% des cas l'aspect observé est celui d'une polyadénopathie.
- La fistulisation ganglionnaire est observée 3 fois (soit 6% des cas).

2-5 Topographie des adénopathies

- 84% des adénopathies ont une localisation plurifocale.
- Les localisations axillaires (69%), cervicales (64%), inguinales (62%) et sous maxillaires (51%) sont les plus fréquentes.
- Les adénopathies de localisation périphérique sont largement majoritaires avec 75% des cas. Elles sont associées à des adénopathies profondes dans 23% des cas.
- La localisation profonde isolée n'est retrouvée que dans 1 cas (2%).
- Parmi les adénopathies de localisation profonde, la localisation abdominale représente 71% des cas. Dans 29% des cas la localisation est médiastinale.

2-6 Signes généraux

- Au moment de l'hospitalisation, l'état général est considéré comme bon dans 38% des cas. Ces cas regroupent: 6 retroviroses, 2 adénites tuberculeuses, 2 LMNH, 2 LMNH associés à une retrovirose, 4 cas d'adénopathie de nature indéterminée, 1 cas de MDH, 1 cas de métastase et 1 cas d'infection non précisée.
- Dans 32% des cas l'état général est moyennement conservé.
- Dans 30% des cas, il est mauvais. Il s'agit le plus souvent de métastases, de LMNH ou de rétrovirose.
- Dans 68% des cas, la température est normale ou sub normale (<38°C).

2-7 Signes physiques

- L'auscultation pulmonaire a révélé chez 43% des malades divers signes d'infection.
- Chez 28% des malades, l'examen clinique a mis en évidence des signes d'infection autres que pulmonaire (foyers ORL, gynécologique, dermatologique, ...).
- On retrouve dans 26% des cas une hépatomégalie et chez 23% des malades, une splénomégalie.

3 - LE DIAGNOSTIC

Les moyens de diagnostic utilisés relèvent pour l'essentiel de l'imagerie médicale et de la biologie. Dans un cas, le diagnostic d'adénopathie a été porté au cours d'une laparotomie pour carcinome gastrique.

3-1 Les moyens de l'imagerie médicale

3.1.1 La radiographie thoracique

La radiographie du thorax a pu être obtenue pour 39 de nos malades. Cet examen a montré des adénopathies médiastinales dans 5 cas (12,8%). Il s'agit d'adénopathies médiastinales supérieures avec syndrome cave dans un cas de LMNH (observation N°2), latéro-bronchiques et inter-bronchiques dans un cas de MDH (observation N°10), latéro-trachéales droites dans un cas de LMNH à haut grade de malignité (observation N°4), médiastinales moyennes dans un cas de MDH (observation N°11) et d'adénopathies latéro-trachéales bilatérales chez une fillette atteinte de mélanome sur naevus (observation N°6).

3.1.2 L'échographie abdominale et/ou pelvienne

Elle a été faite chez 33 malades. Chez 10 malades, elle a permis de mettre en évidence des adénopathies abdominales: mésentériques dans 4 cas dont 3 LMNH et 1 MDH; le long des gros vaisseaux abdominaux dans 9 cas dont 5 LMNH, 1 MDH, 1 tuberculose ganglionnaire, 1 métastase de sarcome abdominal, et 1 cas d'adénopathie de nature indéterminée; au niveau du hile hépatique dans 4 cas dont 1 MDH, 1 LMNH et 2 rétroviroses.

Parmi ces 10 malades on notait une pluri-localisation des adénopathies dans 4 cas : localisation mésentérique associée à des adénopathies le long des gros vaisseaux chez 2 malades atteints de LMNH (observations N°3,4), des adénopathies au niveau du mésentère, du hile hépatique et le long des gros vaisseaux dans 1 cas de LMNH (observation N°5) et des adénopathies au niveau du hile hépatique et le long des gros vaisseaux dans 1 cas de MDH (observation N°10).

Il n'a jamais été découvert d'adénopathies pelviennes.

3-2 Les moyens biologiques

3.2.1 La cytologie du ganglion

Cet examen a permis d'affirmer le diagnostic dans 61% des cas. Dans 34% des cas, le diagnostic a seulement été évoqué. Pour 5% des cas,

aucune conclusion cytologique n'a pu être portée. Ces cas s'expliquent par des problèmes techniques (1 frottis de mauvaise qualité et 1 ponction n'ayant pas intéressé un ganglion).

3.2.2 L'examen histologique du ganglion

La biopsie a pu être faite chez 36 malades, 35 fois sous anesthésie locale, 1 fois sous anesthésie générale. L'examen histologique après coloration standard (MGG et hématoxilline-éosine) a été affirmatif 27 fois (75%) sur une seule biopsie. Dans 8 cas, le diagnostic a été seulement évoqué (22,2%). Dans 1 cas (2,8%), aucune conclusion histologique n'a été possible pour cause de prélèvement insuffisant.

3.2.3 Corrélation entre la cytologie et l'histologie du ganglion

Une ponction et une biopsie ganglionnaire ont pu être pratiquées chez 31 malades. Dans 15 cas la cytologie et l'histologie affirment un diagnostic concordant (48,4%). Dans 7 cas (22,6%), un même diagnostic figure parmi les hypothèses évoquées par la cytologie et l'histologie ganglionnaire.

3.2.4 Les autres examens histologiques

L'examen histologique du foie s'est révélé pathologique dans 3 cas, montrant des nodules fibro inflammatoires (observation N°8), une hépatite chronique (observation N°12) et une inflammation non spécifique (observation N°16).

Une biopsie cutanée a été faite dans 1 cas. L'histologie a révélé un lymphome épidermotrope (observation N°14).

3.2.5 Les examens bactériologiques

- La recherche de BAAR dans les crachats s'est révélée positive dans 1 cas. Il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire et pulmonaire chez un malade séropositif (observation N°13).

- La coloration par la technique de Ziehl Neelson des frottis et appositions ganglionnaires s'est avérée positive 1 fois (observation N°9) sur 4 cas.

- L'uroculture a été positive chez 3 de nos malades. Aucun autre type de culture n'a été fait.

- La sérologie VIH s'est révélée positive chez 20 de nos malades, soit 37,7 %. Faute de Western Blot, le type viral n'a été précisé que 7 fois (dans 5 cas il s'agissait d'une infestation à VIH1, dans les 2 autres cas, il s'agissait d'une double infestation VIH1 et VIH2, VIH1 et HTLV1).

Les autres sérologies, quand elles ont été pratiquées ont été négatives.

- La NFS présente une anomalie chez 17 de nos malades (il s'agit de 8

cas d'anémie, 11 cas d'hyperleucocytose, 1 cas de leucopénie et 2 cas de thrombopénie).

- Chez les malades présentant une tuberculose ganglionnaire isolée ou associée à une rétrovirose, la VS est accélérée 5 fois sur les 6 où elle a été demandée.

3-3 Les autres examens

- L'IDR à la tuberculine est positive dans 3 cas de tuberculose ganglionnaire sur 5 malades (son diamètre varie entre 13 et 15 mm). Un de ces malades présentait une réaction phlycténulaire.

Parmi les 3 cas de tuberculose ganglionnaire associée à une rétrovirose, 1 malade présentait une réaction négative.

L'IDR à la tuberculine a été retrouvée positive chez 2 malades atteints de LMNH, 2 séropositifs et 1 malade avec métastases ganglionnaires sans qu'on ait pu prouver des lésions spécifiques de tuberculose au niveau du ganglion.

- La laparotomie a été effectuée chez un malade présentant un adénocarcinome gastrique. Cet examen a permis la découverte d'adénopathies abdominales passées inaperçues à l'échographie, et leur biopsie (observation N°7).

4 - DEVENIR DES MALADES

- 11 malades sur les 53 ont été revus après leur sortie, soit 21%. La durée moyenne de leur suivi en externe est de 9 semaines et demie, avec des extrêmes de 1 et 28 semaines.

- 22 malades n'ont pas été revus après leur sortie de l'hôpital ou la première consultation externe (42%).

- 18 malades (34%) sont décédés en cours d'hospitalisation dans un délai variant entre 4 jours et 3 mois (moyenne = 5 semaines).

- 2 malades sont décédés après leur sortie, l'un dans un délai de 7 semaines, l'autre 8 mois plus tard.

5 - ASPECTS ETIOLOGIQUES

5-1 Les étiologies rencontrées

Tableau n°8: Etiologies rencontrées

ETIOLOGIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
RETROVIROSE	14	26
LMNH	8	15
METASTASES	6	11
TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE	4	7
MALADIE DE HODGKIN	3	6
LEUCEMIES	2	4
HIV ET TUBERCULOSE GANGLION.	3	6
HIV ET LMNH	2	4
HIV ET LEUCEMIE	1	2
INFECTION BACTERIENNE	1	2
ALLERGIE	1	2
INDETERMINEE	8	15
TOTAL	53	100

Les étiologies prédominantes sont par ordre de fréquence décroissante l'infection par le VIH, les LMNH, les métastases et la tuberculose ganglionnaire. L'association d'une rétrovirose à une tuberculose ganglionnaire est retrouvée dans 5,7% des cas. Dans 3,8% des cas, l'adénopathie entre dans le cadre d' un LMNH sur une infection à VIH. 1 fois (1,9%), il s'agit d'une rétrovirose survenue chez un malade connu pour LMC (observation N°15).

Il est important de noter que les adénopathies d'étiologie bactérienne banale ne représentent que 1,9%.

Dans 15% des cas, l'adénopathie n'a pas pu être rattachée à une étiologie particulière (Tableau n°8)

5.1.1 Adénopathies au cours d'infection par le VIH

5.1.1.1 répartition en fonction de l'âge

Plus des 3/4 des adénopathies associées à l'infection par le VIH concernent des sujets âgés de 21 à 40 ans. Nous n'avons pas observé de cas avant l'âge de 10 ans et après 50 ans. Mais la différence par rapport aux autres tranches d'âge n'est pas significative ($\chi^2 = 2,8165$; $P = 0,20$; $ddl = 2$).

5.1.1.2 répartition en fonction du sexe

La distribution des cas de rétroviroses dans notre enquête montre que les hommes sont aussi représentés que les femmes malgré que les premiers prédominent dans notre population. On ne trouve pas cependant de signification particulière à cette constatation ($\chi^2 = 0,8528$; $P = 0,35$; $ddl = 1$).

5.1.1.3 répartition en fonction de l'âge et du sexe

Tableau n°9: Répartition en fonction de l'âge et du sexe

CLASSE D'AGE	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	TOTAL
sexe masculin	0	0	2 14,30%	4 28,60%	1 7,10%	0	0	7 50,00%
sexe féminin	0	2 14,30%	3 21,40%	2 14,30%	0	0	0	7 50,00%
SEX - RATIO	1							
total	0	2 14,30%	5 35,70%	6 42,90%	1 7,50%	0	0	14 100%

Tous les cas de rétroviroses sont recrutés entre 21 et 50 ans chez les hommes. Chez les femmes l'âge de survenue est plus précoce avec une légère prédominance pour la tranche d'âge de 21 à 30 ans (Tableau n°9).

5.1.1.4 répartition en fonction de l'ethnie

Tableau n° 10: Répartition des retroviroses en fonction de l' ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BAMBARA	4	28,6
PEULH	4	28,6
SARAKOLE	2	14,3
SENOUFO	1	7,1
BOZO	1	7,1
SONGHOI	1	7,1
AUTRES	1	7,1
TOTAL	14	100

Les ethnies prédominantes sont les Bambaras et les Peulhs. Les seconds sont représentés autant que les premiers alors qu'ils viennent loin après eux dans la population étudiée (Tableau n°10).

5.1.1.5 répartition en fonction de la catégorie professionnelle

Tableau N°11: Répartition des rétroviroses en fonction des professions

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
CULTIVATEUR	0	0
FEMME AU FOYER	4	28,6
COMMERCANT	2	14,3
FONCTIONNAIRE	4	28,6
ELEVE/ETUDIANT	2	14,3
AUTRES	2	14,3
TOTAL	14	100

Les catégories professionnelles les plus représentées sont les femmes au foyer et les fonctionnaires. Il est intéressant de remarquer qu'on ne retrouve la pathologie chez aucun des cultivateurs de notre échantillon alors qu'ils sont représentés dans les mêmes proportions que les fonctionnaires, commerçants et étudiants. Mais la comparaison par le test du chi² ne montre aucune différence statistiquement significative de la répartition des rétroviroses selon la catégorie professionnelle.

(chi² (Yates)= 1,522 ; P= 0,22 ; ddl= 1)

5.1.1.6 Répartition en fonction du lieu de résidence

La majorité de nos malades viennent de Bamako (11 malades), les 3 autres patients viennent de Segou, Mopti et de Cote d'Ivoire.

5.1.1.7 Les caractéristiques des ganglions

Les adénopathies sont dures, mobiles, non fistulisées et le plus souvent sensibles. Leur diamètre varie entre 1 et 6 cm.

5.1.1.8 La présentation topographique ganglionnaire

Les adénopathies sont généralisées. Toutes les aires peuvent être atteintes. Les localisations axillaire, cervicale, sous maxillaire et inguinales sont les plus fréquentes.

2 cas de localisation profonde sont retrouvés, tous 2 au niveau du hile hépatique.

5.1.1.9 Les signes généraux

3 malades sont fébriles. D'autres signes infectieux, pulmonaires (50%) ou non, sont présents dans 93% des cas.

L'état général est plus ou moins altéré chez 57% des malades.

5.1.1.10 Les signes physiques

Une organomégalie était notée chez 36% des patients (3 hépatomégalies, 1 splénomégalie et 1 cas d'hépatosplénomégalie).

5.1.1.11 Traitement et évolution

Un traitement a été symptomatique dans la majorité des cas. 50% des malades sont décédés dans un délai variant d'une semaine à 6 mois.

5.1.2 Adénopathies au cours des LMNH

5.1.2.1 Répartition en fonction de l'âge

Plus de la moitié (5/8) de nos cas de LMNH sont observés avant l'âge de 41 ans. 2 observations sont colligées chez des sujets de moins de 11 ans. Cette répartition n'a pas de signification statistique ($\chi^2 = 4,946$; $P = 0,10$; $ddl = 2$).

5.1.2.2 Répartition en fonction du sexe

Il n'y a pas de différence de répartition des LMNH en fonction du sexe de nos malades. Cette affirmation est statistiquement confirmée par le test du χ^2 (χ^2 (Yates) = 0,0668 ; $P = 0,80$; $ddl = 1$).

5.1.2.3 Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Tableau n°12: Répartition des LMNH en fonction de l'âge et du sexe

CLASSE D'	AGE	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	TOTAL
sexe nb de cas	masculin	0	1 12,50%	0	1 12,50%	0	0	2 25%	4 50%
	feminin	2 25%	0	1 12,50%	0	0	1 12,50%	0	4 50%
SEX-	RATIO	2							
total	pourcentage	2 25%	1 12,50%	1 12,50%	1 12,50%	0	1 12,50%	2 25%	8 100%

Il ne semble pas y avoir une influence du sexe sur l'âge de survenue du LMNH. Toutefois, on remarquera que les 2 LMNH découverts avant l'âge de 11 ans concernent des filles, et que les 2 autres découverts après 60 ans concernent plutôt des hommes.

5.1.2.4 Répartition en fonction de l'ethnie

Tableau n°13: Répartition des LMNH en fonction de l' ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BAMBARA	6	75
PEULH	1	12,5
SARAKOLE	1	12,5

La répartition ethnique de nos 8 malades atteints de LMNH montre que 6 sont des Bambaras. Les 2 autres sont représentés par 1 Sarakolé et 1 Peulh (Tableau n°13).

5.1.2.5 Répartition en fonction de la catégorie professionnelle

Tableau n°14: Répartition des LMNH en fonction de la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
CULTIVATEUR	2	25
FEMME AU FOYER	2	25
FONCTIONNAIRE	1	12,5
ELEVE/ETUDIANT	1	12,5
FONCTIONNAIRE	0	0
AUTRES	2	25
TOTAL	8	100

2 des 8 malades atteints de LMNH sont des cultivateurs, 2 autres sont des femmes au foyer. Les 2 malades classés dans la catégorie "autres" sont des enfants. On n'observe pas de commerçant dans ce groupe de malades.

5.1.2.6 Répartition en fonction du lieu de résidence

5 malades viennent de Bamako, 2 malades de la région de Kayes, et 1 malade de la région de Koulikoro.

5.1.2.7 Les caractéristiques du ganglion

Il s'agit d'adénopathies dures non fistulisées et multiples. Elles sont sensibles ou non, mobiles ou fixes.

Leur diamètre varie de 1 à 9 cm.

5.1.2.8 La présentation topographique ganglionnaire

Les adénopathies lymphomateuses sont plurifocales, fréquemment de localisation cervicale, axillaire, sus claviculaire et sous maxillaire.

La localisation profonde existe dans 75% des cas (abdominale dans 62,5% des cas, médiastinale dans 37,5% des cas)

Les adénopathies abdominales sont localisées le long des gros vaisseaux (100%), au niveau du mésentère (80%) et du hile hépatique (20%).

5.1.2.9 Les signes généraux

Dans 82,5% des cas, l'état général est plus ou moins profondément altéré.

1 seul de nos malades atteint de LMNH présente un bon état général.

5.1.2.10 Les signes physiques

Dans 50% des cas, on a retrouvé une hépatomégalie et/ou une splénomégalie.

5.1.2.11 Traitement et évolution

Tous nos cas de LMNH étaient des lymphomes de haut grade de malignité.

Une polychimiothérapie associant vincristine, cyclophosphamide, prednisone est entreprise dans tous les cas avec des réponses variables et souvent une diminution rapide, parfois provisoire, de la taille des adénopathies. 62,5% des patients sont décédés, dans un délai variant de 15 jours à 5 mois.

5.1.3 Métastases ganglionnaires

5.1.3.1 Répartition en fonction de l'âge

2 des malades chez qui le diagnostic de métastase ganglionnaire a été porté ont moins de 10 ans. Les autres sont observés entre 21 et 60 ans. Nous n'avons pas noté de cas après 60 ans. Il faut remarquer cependant que la proportion de sujets âgés de plus de 60 ans est faible dans notre échantillon.

5.1.3.2 Répartition en fonction du sexe

La répartition en fonction du sexe montre une prédominance du sexe masculin. Cependant, statistiquement il n'existe pas de différence significative dans la répartition de cette étiologie en fonction du sexe.

(chi2 (Yates)= 0,011 ; P= 0,92 ; ddl= 1)

5.1.3.3 Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Tableau n°15: Répartition des métastases en fonction de l' âge et du sexe

CLASSE D'	AGE	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	TOTAL
sexe nb de cas	masculin	1 16,70%	0	0	2 33,30%	0	1 16,70%	0	4 66,70%
	feminin	1 16,70%	0	1 16,70%	0	0	0	0	2 33,30%
SEX- RATIO		2							
total pourcentage		2 33,30%	0	1 16,70%	2 33,30%	0	1 16,70%	0	6 100%

Cette répartition qu'on peut lire dans le tableau n°15 montre que 2 des 4 hommes se recrutent parmi la tranche d'âge de 31-40 ans alors que les 2 autres sont des malades âgés de 13 ans et 67 ans. L'une des femmes est âgée de 28 ans, l'autre de 53 ans.

5.1.3.4 Répartition en fonction de l'ethnie

Tableau n°16: Répartition des métastases en fonction de l' ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BAMBARA	5	83,3
DOGON	1	16,7
TOTAL	6	100

Les ganglions métastatiques sont retrouvés 5 fois dans l'ethnie bambara, 1 fois dans l'ethnie dogon qui pourtant vient loin après d'autres ethnies plus représentées dans notre échantillon (Tableau n°16).

5.1.3.5 Répartition en fonction de la catégorie professionnelle

Tableau n°17: Répartition des métastases en fonction de la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
CULTIVATEUR	2	33,3
FEMME AU FOYER	1	16,7
COMMERCANT	0	0
FONCTIONNAIRE	0	0
ELEVE/ETUDIANT	0	0
AUTRES	3	50
TOTAL	6	100

Il est important de remarquer que 2 fois sur 6, les métastases ganglionnaires sont observées chez des cultivateurs alors que cette catégorie professionnelle vient loin après la catégorie "femme au foyer" dans notre échantillon (13,2% contre 26,4%).

5.1.3.6 Répartition en fonction du lieu de résidence

Nos malades viennent de Bamako (3 malades), et des régions de Kayes, Mopti et Segou (1 malade chacun).

5.1.3.7 Les caractéristiques des ganglions

- la taille des adénopathies varie de 1 à 6 cm.
- les ganglions métastatiques sont dans 100% des cas de consistance dure.
- indolores dans 67% des cas, ils sont mobiles dans la même proportion.
- tous les ganglions métastatiques signalés sont de caractère multiple.
- on retrouve une fistulisation dans 1 cas.

5.1.3.8 La présentation topographique ganglionnaire

- les adénopathies périphériques sont retrouvées principalement en axillaire (83%), en sus claviculaire droit ou gauche (50%) et en inguinal (50%).
- les localisations profondes sont abdominales dans 33% des cas (1 localisation au niveau de l'antré gastrique et 1 localisation latéro-aortique) et médiastinales dans 17% des cas (localisation latérotrachéale).
- chez 5 malades soit 83% des cas, les adénopathies sont plurifocales.
- 1 malade n'a présenté que des ganglions abdominaux.

5.1.3.9 Les signes généraux

On retrouve une fièvre chez 3 malades soit 50%.

L'état général est mauvais dans 67% des cas, un seul malade présente un état général bien conservé.

5.1.3.10 Les signes physiques

Les signes pulmonaires sont présents dans 83% des cas et on retrouve d'autres signes infectieux dans 50% des cas.

On note un taux de mortalité de 50%.

5.1.3.11 Traitement et évolution

Le traitement n'est dans la quasi totalité des cas que palliatif à visée antalgique. 50% de nos malades sont décédés dans un délai d'hospitalisation de 5 semaines à 3 mois.

5.1.4 Adénopathies par infection tuberculeuse

5.1.4.1 Répartition en fonction de l'âge

La totalité des adénopathies rencontrées sont diagnostiquées entre l'âge de 11 et 40 ans. Le plus jeune de nos malades a 18 ans, le plus âgé, 36 ans. Il faut cependant rappeler que notre recrutement est un recrutement de médecine interne où les enfants ne sont que rarement hospitalisés.

La comparaison statistique par le test du chi2 ne montre pas de différence significative dans la répartition de la tuberculose ganglionnaire en fonction des tranches d'âge (chi2= 0,2382 ; P=0,90 ; ddl= 1).

5.1.4.2 Répartition en fonction du sexe

Dans notre enquête, les hommes semblent faire plus fréquemment une tuberculose ganglionnaire que les femmes. Mais la comparaison statistique ne montre pas de différence significative dans la répartition de cette pathologie selon le sexe (chi2 (Yates) = 0,007 ; P= 0,93 ; ddl= 1).

5.1.4.3 Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Tableau n°18: Répartition de la tuberculose ganglionnaire en fonction de l' âge et du sexe

CLASSE D' AGE	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60	TOTAL
sexe nb de cas pourcentage	masculin	0	1 25%	0	2 50%	0	0	3 75%
	feminin	0	0	1 25%	0	0	0	1 25%
SEX- RATIO	1							
total pourcentage	0	1 25%	1 25%	2 50%	0	0	0	4 100%

Chez les hommes, les adénopathies d'origine tuberculeuse semblent plus fréquentes entre 31 et 40 ans. La seule femme chez qui le diagnostic de tuberculose ganglionnaire a été porté a été porté a 27 ans (tableau n°18).

5.1.4.4 Répartition en fonction de l'ethnie

Tableau n°19: Répartition de la tuberculose ganglionnaire en fonction de l' ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BAMBARA	1	25
PEULH	0	0
SARAKOLE	0	0
SENOUFO	1	25
BOZO	1	25
SONGHOI	0	0
AUTRES	1	25
TOTAL	4	100

La distribution ethnique de nos malades ne montre pas de fréquence particulière pour un groupe ethnique donné (Tableau n°19).

5.1.4.5 Répartition en fonction de la profession

Tableau n°20: Répartition de la tuberculose ganglionnaire en fonction de la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
CULTIVATEUR	2	50
FEMME AU FOYER	1	25
COMMERCANT	0	0
FONCTIONNAIRE	0	0
ELEVE/ETUDIANT	0	0
AUTRES	1	25
TOTAL	4	100

Lorsqu'on analyse la répartition des adénopathies d'origine tuberculeuse en

fonction de la profession, on constate que les cultivateurs sont plus touchés que les autres catégories professionnelles. Pourtant cette catégorie professionnelle est autant représentée dans notre échantillon que les professions de fonctionnaire, commerçant, élève/étudiant. Elle est même moins représentée que la catégorie "femme au foyer" (Tableau n°20). Il faut cependant noter que l'effectif analysé est très réduit.

5.1.4.6 Répartition en fonction du lieu de résidence

3 de nos malades viennent de Bamako. Le 4ème vient de Sikasso.

5.1.4.7 Les caractéristiques des ganglions.

Il s'agit de polyadénopathies dures, indolores ou sensibles, fixes ou mobiles. On note 2 cas de fistulisation.

Le diamètre des adénopathies varie de 1 à 6 cm.

5.1.4.8 La présentation topographique des adénopathies

Les adénopathies tuberculeuses sont plurifocales.

Les localisations axillaires et cervicales sont les plus fréquentes.

Des localisations abdominales sont notées chez 2 malades : il s'agit d'adénopathies localisées le long des gros vaisseaux.

Aucune adénopathie médiastinale n'a été retrouvée.

5.1.4.9 Les signes généraux

L'état général est conservé chez 2 malades. Le 4ème malade a un mauvais état général.

La fièvre est présente chez 3 malades.

5.1.4.10 Les signes physiques associés

Une hépatomégalie a été constatée 1 fois. Il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire associée à une localisation hépatosplénique.

5.1.4.11 Traitement et évolution

Un traitement antituberculeux est administré à tous les malades. Il entraîne une régression des principaux signes cliniques dans un délai le plus souvent inférieur à 1 mois. Aucun décès n'a été relevé.

5.1.5 Adénopathies au cours de la maladie de Hodgkin

Cette pathologie se retrouve chez 3 malades. 2 provenaient de Bamako et 1 de l'étranger (Cote d'Ivoire).

Les adénopathies des MDH sont dures, multiples, indolores, non fistulisées. Elles sont le plus souvent mobiles. Leur taille varie de 1 à 6 cm.

La localisation abdominale (le long des gros vaisseaux) est retrouvée chez 2 malades. On a noté des adénopathies médiastinales chez 1 malade.

La localisation cervicale est la plus fréquente (présente chez 2 malades) et les atteintes sont bilatérales.

L'état général des malades est en règle conservé. La fièvre existe chez 2 malades.

On note des signes d'atteinte pulmonaire.

Une hypertrophie du foie et de la rate est retrouvée dans 1 cas.

1 malade atteint de MDH (type IV) est décédé au cours de son hospitalisation sans qu'une thérapie spécifique puisse être entreprise faute de moyens financiers. Une polychimiothérapie à base de vincristine et prednisone, associée ou non à d'autres antimétabolites est appliquée à 2 malades avec succès. Ces patients sont actuellement en rémission (observations n°10, 11).

5.1.6 Adénopathies au cours des leucémies

Deux patients atteints de leucémie lymphoïde chronique ont été notés. Ils proviennent de Bamako et de la région de Segou.

Il s'agit de polyadénopathies plurifocales, dures, fixes et non fistulisées. Le caractère sensible est retrouvé une fois.

La taille des ganglions varie de 1 à 2 cm.

Les localisations sous maxillaires et inguinales sont toujours présentes.

La localisation axillaire est fréquente. Il n'a pas été retrouvé de ganglion profond.

L'état général est bon ou moyen. Il n'y a pas de fièvre.

1 des malades est décédé au cours de l'hospitalisation avant tout traitement spécifique. Le deuxième patient traité au Chlorambucil, est par la suite perdu de vue.

5.1.7 Adénopathies tuberculeuses au cours de l'infection à VIH

Cette association se retrouve chez 3 malades venant des régions de Bamako, Segou et Sikasso.

Il s'agit d'adénopathies dures, mobiles, multiples, non fistulisées et le plus souvent indolores. Leur diamètre varie de 1 à 4 cm. De localisation préférentielle cervicale, axillaire et sous maxillaire, elles sont

plurifocales. Aucune adénopathie profonde n'a été notée.

L'état général est moyennement altéré. La fièvre est présente dans 1 cas, de même qu'une hépatomégalie.

5.1.8 Adénopathies par LMNH au cours de l'infection par le VIH

Les adénopathies sont plurifocales, dures, indolores, mobiles, multiples et non fistulisées. Leur diamètre varie de 1 à 10 cm.

Les localisations périphériques cervicales, axillaires et inguinales sont fréquentes.

L'état général à l'entrée est bon dans tous les cas. Un malade est fébrile.

Tous nos 2 malades sont décédés.

5.1.9 Adénopathies par infection rétrovirale sur leucémie

Cette association a été retrouvée 1 fois chez un malade atteint de leucémie myéloïde chronique (observation n°15). Les adénopathies sont de siège axillaire, sous maxillaire et inguinal. L'état général est profondément altéré. Ce malade est décédé rapidement.

5.1.10 Adénopathies par infection bactérienne

Il s'agit d'adénopathies inguinales et sous maxillaires dures, sensibles, mobiles et non fistulisées retrouvées dans 1 cas de périhépatite. Leur diamètre varie de 1,5 à 3 cm. Il existe des signes infectieux, une augmentation de volume du foie et de la rate. L'état général est conservé.

Après un traitement à base de cyclines on note la disparition des adénopathies (observation n°16).

5.1.11 Adénopathies par allergie

Des polyadénopathies de 1 à 3 cm, dures, sensibles, fixes et non fistulisées sont retrouvées dans un contexte infectieux chez un malade présentant une toxidermie médicamenteuse.

5.1.12 Adénopathies d'étiologie indéterminée ou non spécifique

5.1.12.1 Répartition en fonction de l'âge

Cette répartition montre d'une façon générale une nette prédominance des sujets jeunes avec un maximum de fréquence pour la tranche d'âge de 21-30 ans sans qu'on puisse trouver une signification statistique

($\chi^2 = 0,288$; $P = 0,90$; $ddl = 2$)

5.1.12.2 Répartition en fonction du sexe

La répartition par sexe montre une prédominance des femmes par rapport aux hommes dans notre enquête.

Statistiquement cependant, la différence n'est pas significative (χ^2 (Yates)= 3,37 ; P= 0,07 ; ddl= 1).

5.1.12.3 Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Tableau n°21: Répartition des LMNH en fonction de l'âge et du sexe

CLASSE D'AGE	AGE	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	TOTAL
sexe nb de cas	masculin	0	1 12,50%	0	0	1 12,50%	0	0	2 25%
	feminin	1 12,50%	0	4 50%	1 12,50%	0	0	0	6 75%
SEX- RATIO		3							
total pourcentage		1 12,50%	1 12,50%	4 50%	1 12,50%	1 12,50%	0	0	8 100%

Dans le sexe féminin, les adénopathies s'observent volontiers entre 21 et 30 ans (4 cas sur 6). Chez les hommes, on n'observe pas de fréquence particulière pour une classe d'âge donnée (Tableau n°21).

5.1.12.4 Répartition en fonction de l'ethnie

Tableau n°22: Répartition des adénopathies de nature indéterminée en fonction de l'ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BAMBARA	5	62,5
PEULH	2	25
SARAKOLE	1	12,5
TOTAL	8	100

Les ethnies représentées sont celles qui sont majoritaires dans notre échantillon, à savoir les Bambaras (5 cas), les Peulhs (2 cas) et les Sarakolés (1 cas) (Tableau n°22).

5.1.12.5 Répartition en fonction de la catégorie professionnelle

Tableau n°23: Répartition des adénopathies de nature indéterminée en fonction de la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
CULTIVATEUR	0	0
FEMME AU FOYER	5	62,5
COMMERCANT	0	0
FONCTIONNAIRE	1	12,5
ELEVE/ETUDIANT	2	25
AUTRES	0	0
TOTAL	8	100

Comme le montre le tableau n°23, 3 professions sont représentées dans le groupe des adénopathies d'étiologie indéterminée: les femmes au foyer (5 cas), les étudiants (2 cas) et les fonctionnaires (1 cas).

5.1.12.6 Répartition en fonction du lieu de résidence

4 malades proviennent de Bamako, 2 malades de la région de Kolokani, 1 de Mopti et le dernier de Kayes.

5.1.12.7 Les caractéristiques des ganglions

- il s'agit de ganglions de consistance dure. Ces ganglions sont sensibles ou non, souvent mobiles (71%), uniques ou multiples. Il n'a pas été noté de cas de fistulisation.

- leur diamètre varie de 1 à 4 cm.

5.1.12.8 La présentation topographique des ganglions

- On retrouve autant de localisation uni que plurifocale, prédominant en axillaire (62,5%), en cervical ou sous maxillaire (50%) et en inguinal (37,5%).

- 1 seul cas de localisation profonde, abdominale, est retrouvé (12,5%).

5.1.12.9 Les signes généraux

- l'état général est bon (50%), ou moyennement conservé (37,5%).
- la fièvre est observée chez la moitié des malades.

5.1.12.10 Les signes physiques

- les signes infectieux sont retrouvés dans 75% des cas.
- une splénomégalie est retrouvée dans plus de 37% des cas.

5.1.12.11 Evolution

Le décès est constaté une fois. Il s'agissait d'un cas survenu à la suite d'une insuffisance respiratoire sur une pleurésie abondante.

5-2 Caractéristiques des adénopathies en fonction de l'étiologie retenue

Tableau n°24: Caractéristiques des adénopathies en fonction des différentes étiologies

ETIOLOGIE	ANCIENNETE DES ADP		CONSISTANCE		TAILLE(cm)		MOBILITE	DOULOUREUX	MULTIFOCAL	FISTULE	SIG	
	m	M	DURE	MOLLE	m	M					fièvre	G.aux
	(moyenne)				moyenne							
TUBERCULOSE	1sem	4mois	3	1	1	6	3	1	4	2	3	1
	(2,1 mois)		75%	25%	3,5		75%	25%	100%	50%	75%	25%
LMNH	1sem	7mois	8	0	1	8	2	3	8	0	1	4
	(3,6 mois)		100%		4,5		25%	37,50%	100%		12,50%	50%
RETROVIROSE	1jour	36mois	14	0	1	6	11	8	14	1	3	4
	(18 mois)		100%		3,5		78,6	61,50%	100%	7,70%	23,10%	30,70%
METASTASES	1mois	3mois	5	0	1	12	4	1	5	1	3	4
	(2 mois)		100%		6,5		66,70%	16,70%	83,30%	16,70%	50%	66,70%
LEUCEMIE			2	0	1	2	1	1	2	0	0	0
	(2 mois)		100%		1,5		50%	50%	100%			
INDETERMINE	3jours	48mois	5	0	1	4	5	3	4	0	2	1
	(24 mois)		62,50%		2,5		62,50%	37,50%	50%		25%	12,50%
TOTAL	15jours	19,5mois	37	1	1	6,5	26	17	37	4	12	14
	(10 mois)		88,10%	2,40%	3,75		61,90%	41,50%	88,10%	9,80%	29,30%	34,10%

Le tableau n°24 résume les caractéristiques des adénopathies en fonction de l'étiologie rencontrée. Il permet de tirer les conclusions suivantes :

-les malades sont vus en moyenne 10 mois après l'apparition des adénopathies.

- les adénopathies d'étiologie indéterminée sont vues plus tardivement que les autres adénopathies; les leucémies, les métastases et les adénites tuberculeuses étant vues plus tôt. Ceci s'explique aisément par le fait que ces dernières présentent plus précocement des manifestations cliniques amenant plus rapidement le malade à consulter.

- D'une façon générale, les adénopathies ont une consistance ferme ou dure, et la fistulisation n'est observée que dans des cas de tuberculose ou de métastase.

- Des adénopathies de grande taille s'observent volontiers dans les métastases, mais des formes monstrueuses s'observent également au cours des LMNH, tuberculoses ou rétroviroses.

- Le caractère douloureux est retrouvé dans toutes les étiologies, mais il est plus fréquent au cours des rétroviroses.

- La présentation unifocale n'est observée qu'au cours des cancers avec métastases ou d'adénopathies d'origine indéterminée.

- Enfin l'association d'une altération de l'état général et d'une fièvre est plus fréquemment observée au cours des métastases et des tuberculoses. Ces phénomènes sont moins souvent observés dans les adénopathies d'origine indéterminée.

B - ENQUETE RETROSPECTIVE

Tableau n°25: répartition des étiologies en fonction des années (1982-1991)

ANNEE		1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	TOTAL (%)
ETIOLOGIE	TUBERCULOSE	4	3	4	3	5	3	2	3	7	5	39 (32%)
	HODGKIN	2	2	1	0	1	2	3	4	4	1	20 (17%)
	LMNH	3	1	1	0	1	2	0	2	5	4	19 (16%)
	METASTASES	5	1	2	3	1	2	0	1	0	5	20 (17%)
	LEUCEMIE	0	1	3	1	1	0	0	0	0	1	7 (6%)
	INDETERMINEE	2	2	0	1	1	1	1	1	2	5	16 (13%)
TOTAL		16	10	11	8	10	10	6	11	18	21	121 (100%)

La tuberculose est la pathologie la plus fréquente (32%). Elle est suivie par la maladie de Hodgkin et les métastases (17%), les LMNH (16%).

L'étiologie indéterminée occupe la 5ème place dans la répartition.

En dehors des années 1990 et 1991 où on note une légère augmentation, le nombre annuel des adénopathies varie peu d'une année à l'autre (tableau n°25).

.(les catégories d'âge correspondent à celles utilisées dans les différents tableaux de classification par âge)

Tableau n°26: les étiologies rencontrées de 1982 à 1991: répartition en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnie et du siège de l'adénopathie

ETIOLOGIE	AGE							TOTAL	SEXE		TOTAL	SIEGE		ETHNIE								TOTAL	
	<10	20	30	40	50	60	>60		M	F		uni	plur	Bamb	Bozo	Peulh	Sen	Sar	Song	Dogon	Maure		autre
Tuberculose	5	8	16	6	1	0	3	39	31	8	39	11	26	39	0	3	4	5	2	1	0	3	57
Hodgkin	1	6	7	2	3	0	1	20	16	4	20	6	14	12	0	4	0	4	0	0	0	0	20
LMNH	0	4	2	6	3	3	1	19	11	4	15	11	9	9	0	3	1	2	2	0	1	1	19
Métastases	0	1	3	1	5	5	5	20	16	4	20	12	6	9	0	2	0	5	3	0	0	1	20
Leucémie	1	1	2	0	1	1	1	7	3	4	7	0	7	3	0	2	0	1	1	0	0	0	7
Indéterminée	2	3	5	4	1	1	0	16	13	3	16	2	14	8	0	1	0	2	3	1	0	1	16
TOTAL	9	23	35	19	14	10	11	121	90	27	117	42	76	62	0	15	5	19	11	2	1	6	121

.(Bamb= Bambara; Sen= Senoufo; Sar= Sarakole; Song= Songhoi)

. Dans certains dossiers rétrospectifs l'âge, le sexe ou l'ethnie ne sont pas mentionnés ce qui explique l'inégalité des totaux.

121 dossiers ont été examinés parmi lesquels 77% d'hommes et une majorité de bambaras (47%). La tuberculose est la pathologie prédominante représentant 32% des adénopathies. Elle touche essentiellement les sujets jeunes et est de siège plurifocal. La 2ème étiologie est représentée dans une même proportion par la MDH et les métastases (17%). Suivent les LMNH (16%), les adénopathies d'étiologie indéterminée (13%) et les leucémies (6%). Dans chaque étiologie le sexe masculin est dominant, sauf pour les leucémies. La localisation unifocale est plus fréquemment observée au cours des MDH et des adénopathies d'étiologie indéterminée qu'au cours des autres pathologies.

C • SYNTHÈSE DES DONNÉES DES DEUX ENQUÊTES

Tableau n°27: Répartition des étiologies sur une période de 11 ans en fonction de l'âge, du sexe et de l'ethnie des malades (1982-août1992)

ETIOLOGIE	AGE							TOTAL	SE XE		TOTAL	ETHNIE								TOTAL	
	<10	20	30	40	50	60	>60		M	F		Bamb	Bozo	Peulh	Sen	Sar	Song	Dogon	Maure		Autre
Tuberculose	5	9	18	9	2	0	3	46	36	10	46	23	2	4	5	5	2	1	1	3	46
Hodgkin	2	6	9	2	3	0	1	23	19	4	23	15	0	4	0	4	0	0	0	0	23
LMNH	2	5	4	8	4	4	3	30	17	9	26	18	0	4	1	3	2	0	1	1	30
Métastases	2	1	4	3	5	6	5	26	20	6	26	14	0	2	0	5	3	1	0	0	25
Leucémies	1	1	2	1	2	2	1	10	5	5	10	5	0	2	0	2	1	0	0	0	10
Indéterminé	3	4	9	7	2	1	0	26	16	10	26	14	0	3	1	3	3	1	0	1	26
Rétrovirose	0	2	7	8	2	0	0	19	11	8	19	7	2	5	1	2	1	0	0	1	19
TOTAL	15	28	53	38	20	13	13	180	124	52	176	96	4	24	8	24	12	3	2	6	179

En cumulant l'ensemble des dossiers de 1982 jusqu'à août 1992, date de fin de l'enquête, il apparaît que la tuberculose ganglionnaire est la cause la plus fréquente des adénopathies du service (26 %). Suivent dans une même fréquence les LMNH, les ganglions métastatiques et les adénopathies d'origine indéterminée (14 %), puis la maladie de Hodgkin. Les leucémies semblent être moins fréquentes.

Il est à signaler que l'étiologie "rétrovirose" n'a été retrouvée qu'au cours de l'enquête prospective. Elle représente pourtant 11 % des adénopathies étudiées.

74 % des patients ont moins de 41 ans. Les hommes représentent 70 % des malades (sex-ratio=2,38).

L'ethnie Bambara est largement prédominante avec 54 % de l'effectif. Les Peulhs et les Sarakolés, occupent le deuxième rang avec 13 %. Cette répartition est observée pour toutes les étiologies, à quelques variantes près.

La tuberculose ganglionnaire, la maladie de Hodgkin, les LMNH, la rétrovirose et les adénopathies d'origine indéterminée prédominent chez les sujets jeunes (<41 ans). Cette prédominance n'est pas constatée pour les leucémies et les adénopathies métastatiques. Dans ce dernier cas on note même plus de patients à partir de 41 ans (62 %).

Dans chaque étiologie les hommes sont plus nombreux que les femmes sauf pour les leucémies où une égale répartition est observée.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Données générales

L'hypertrophie du ganglion est un évènement fréquent sous les tropiques particulièrement en zone rurale. Sur un échantillon de 2824 sujets examinés dans 3 cercles de la région de Kayes, l'étude menée par l'ENMP, le PNUD et la Banque Mondiale en 1981 rapporte 1482 sujets porteurs d'adénopathies. Dans 81,7% des cas l'adénopathie siège au niveau inguinal, dans 16,6% des cas au niveau axillaire et dans 5,5% des cas au niveau cervical (19). L'étude rapportée ici concerne un service de médecine interne. Elle a permis de rapporter 180 cas d'adénopathies documentées en 11 ans. Ce chiffre est très largement sous estimé dans la mesure où plusieurs dossiers n'ont pas pu être exploités dans le cadre de l'enquête rétrospective faute de précision clinique ou diagnostique. Ceci apparait d'ailleurs clairement dans les données de l'enquête prospective qui rapporte 53 cas en 12 mois. La pathologie ganglionnaire occupe donc une place prépondérante en milieu hospitalier bamakois.

Notre étude aussi bien dans son volet rétrospectif que prospectif montre que la pathologie ganglionnaire est une pathologie du sujet jeune, affectant surtout le sexe masculin, avec une prédominance de l'ethnie bambara et des femmes au foyer. Ce phénomène confirme les travaux de THERA menés dans 2 formations sanitaires de Bamako en 1986. Il est à rapprocher de la jeunesse de la population, de la prédominance de l'ethnie bambara au Mali et de la forte représentativité de la profession de femme au foyer parmi notre population féminine.

L'adénopathie est découverte dans 75% des cas par le malade lui même, ce symptôme ne constitue un motif d'hospitalisation cependant que pour 39% de nos malades. On peut penser que l'hypertrophie du ganglion est un symptôme trop souvent négligé par le malade qui ne consulte le médecin que devant une augmentation importante du volume du ganglion ou plus souvent devant seulement des symptômes associés, en particulier généraux. Le délai retrouvé entre l'apparition de l'adénopathie et l'hospitalisation des malades nous semble être ici un argument de poids en faveur de cette hypothèse.

Cliniquement les adénopathies ont une consistance ferme ou dure dans 98% des cas, il s'agit d'adénopathies multiples touchant préférentiellement par ordre de fréquence décroissante les territoires cervicaux, axillaires puis inguinaux. Ce constat se rapproche de celui de THERA (24), mais diffère de celui de l'enquête menée en zone rurale (19). Il est vraisemblable que cette différence traduise une plus grande fréquence d'adénopathie par agressions traumatiques ou infectieuses banales répétées au niveau des membres, en particulier des membres inférieurs chez les populations des zones rurales. Les localisations profondes sont retrouvées chez environ 1 malade sur 5. Ce chiffre est probablement sous estimé dans la mesure où les seuls moyens diagnostiques utilisés ont été l'échographie et la radiographie standard du thorax dont les performances sont bien connues. Ces examens n'ont en outre concerné que 1/3 de nos malades. L'existence de signes généraux est rarement observée mais elle dépend surtout de l'étiologie de l'adénopathie.

Sur le plan étiologique, la variété des groupes étiologiques est frappante. Les associations étiologiques sont exclusivement rencontrées chez les sujets séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine. Ce phénomène est bien connu et met l'accent une fois encore sur le rôle favorisant de certaines affections par l'infection rétrovirale.

2- Données analytiques

2-1 L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

L'infection par le VIH représente dans notre étude la première affection associée à une adénopathie. Ce constat est nouveau au Mali. Il n'a rien de contradictoire avec les travaux antérieurs. Il traduit simplement une différence de méthodologie; la pratique de la sérologie VIH n'étant que d'introduction récente au Mali. Nous ne disposons pas de donnée africaine sur la place exacte de cette étiologie parmi les affections responsables d'hypertrophie ganglionnaire dans notre sous région.

L'adénopathie au cours de l'infection par le VIH s'observe chez des sujets jeunes après l'âge de 10 ans avec un âge de survenue plus précoce chez les femmes que chez les hommes. Ces faits se rapprochent de ceux rapportés par KANOUTE portant sur 100 cas de SIDA étudiés dans le même service (16). Ils ne pourraient à notre avis avoir de signification particulière. Ils rappellent simplement les caractéristiques épidémiologiques bien connues de l'infection par le VIH au Mali et partout en Afrique. Contrairement à cet auteur cependant, nous ne trouvons pas de différence de répartition en fonction du sexe.

Il faut noter que nos méthodologies n'ont pas été les mêmes.

L'absence de cultivateur dans cette population de malades mérite d'être soulignée.

Cliniquement ces adénopathies sont volontiers sensibles, mobiles; leur diamètre peut atteindre 6 cm. Elles sont généralisées. Leur localisation est préférentiellement cervicale puis axillaire. Il est remarquable de constater que les localisations abdominales profondes ne sont pas exceptionnelles et que les ganglions retrouvés hypertrophiés sont ceux du hile du foie exclusivement.

La fréquence des localisations tuberculeuses du ganglion au cours de l'infection par le VIH est diversement appréciée dans la littérature. AUBRY, sur 16 cas de biopsies ganglionnaires faites chez des sidéens à Bujumbura, retrouve 9 cas de tuberculose ganglionnaire (4), KANOUTE en trouve 2 cas en étudiant 100 malades séropositifs au stade de SIDA au Mali. Dans notre étude prospective nous trouvons un taux intermédiaire (3 cas sur 17). Ces différences s'expliquent très vraisemblablement par des différences de méthodologie d'approche des adénopathies au cours de l'infection par le VIH.

Contrairement à AUBRY (4) et GISSELBRECHT (13), nous retrouvons plus fréquemment un LMNH associé. Ce phénomène qui mérite d'être vérifié pourrait trouver son explication dans l'épidémiologie des LMNH, qui au Mali comme partout en Afrique, sont des affections fréquentes touchant les sujets jeunes (1,8,14,18).

Le diagnostic de l'infection rétrovirale est facile mais les aspects cytologiques et histologiques sont souvent trompeurs.

1 malade sur 2 des sujets retrouvés séropositifs est décédé au cours de notre étude. Ce chiffre est plus élevé que celui rapporté par KANOUTE. Il doit être interprété en tenant compte de la taille de notre échantillon.

2-2 Les Lymphomes Malins Non Hodgkiniens (LMNH)

Les LMNH occupent la 2ème place parmi les étiologies d'adénopathie rencontrées. Ils se rencontrent chez le sujet jeune. Ce phénomène est bien connu en Afrique. Contrairement à DIOMANDE en Cote d'Ivoire et HAIDARA au Mali (8,14), nous ne trouvons pas de différence statistiquement significative pour une classe d'âge donnée ou pour l'un des deux sexes. La fréquence relativement plus élevée chez les cultivateurs et les femmes au foyer est à souligner. La signification de la prédominance des bambaras doit tenir compte de la supériorité numérique de l'ethnie bambara au Mali.

Cliniquement les adénopathies sont dures ou fermes, multiples, mobiles et peuvent être volumineuses. Les localisations les plus fréquentes

sont avant tout cervicales puis axillaires et sus claviculaires. Ces faits ont déjà été rapportés par d'autres auteurs (7).

L'hypertrophie des ganglions profonds est fréquente avec une nette prédominance pour les ganglions situés le long des gros vaisseaux. Elle est probablement sous estimée ici en raison des moyens diagnostiques utilisés. Cette fréquence particulière peut s'expliquer par deux phénomènes:

- le long délai entre le début de la maladie et la consultation

- la grande fréquence des localisations abdominales au cours des LMNH en Afrique, comme cela a été signalé par plusieurs auteurs (14,25).

Plus de 80% de nos malades ont un état général altéré, et 50% présentent en plus une organomégalie touchant le foie et/ou la rate. Ce constat témoigne des stades avancés de la maladie au moment du diagnostic.

Le pronostic des LMNH est comme partout ailleurs en Afrique très mauvais: 35,7% de décès selon MAIGA, 31% selon SANGARE et coll en Cote d'Ivoire (18,22). Le taux de décès constaté au cours de notre enquête est élevé. Il s'explique par les difficultés de la chimiothérapie et les grades pronostiques de ces lymphomes. Il est important de souligner l'apport de la cytologie et la bonne concordance entre les résultats de celle-ci et ceux de l'examen anatomopathologique du ganglion, quand on sait la gravité de ces affections qui réclament un traitement d'urgence, et les délais d'obtention parfois longs des résultats anatomopathologiques.

La fréquence de l'association LMNH et infection par le VIH est diversement appréciée dans la littérature médicale : 5% par ZIEGLER aux U.S.A. (27), 6,25% à Bujumbura par AUBRY (4). Les résultats rapportés ici, comme ceux obtenus par HAIDARA permettent de penser que cette association est fréquente au Mali. Nous ne reviendrons pas sur les raisons de cette fréquence particulièrement élevée qui ont été discutées plus haut. Le diagnostic de ces associations est souvent difficile. L'infection rétrovirale réalise en effet des aspects cytologiques et histologiques très trompeurs pouvant aboutir à des hésitations et même à des résultats erronés de LMNH, si des examens complémentaires, en particulier immunologiques (marqueurs de monoclonalité) ne sont pas effectués. Ceci est bien connu des anatomopathologistes, et notre observation n°1 en est une illustration éloquent.

2-3 Les métastases ganglionnaires

Les métastases de cancers non lymphoïdes sont retrouvées chez 11% de nos 53 malades suivis de façon prospective. Ce chiffre les classe au 5ème rang des étiologies d'hypertrophie ganglionnaire dans cette enquête. Ils occupent le 4ème rang lorsqu'on fait le cumul avec l'enquête rétrospective. Cette fréquence se rapproche de celle rapportée par A. LE CESNE qui sur 43 ganglions prélevés relève 5 cas de métastases, soit 11,6% (17) et de celle de THERA au Mali qui signale 14,94%.

Les adénopathies sont observées avec des fréquences égales dans les deux sexes, uniquement dans les ethnies Bambara et Dogon, et fait remarquable, chez des sujets très jeunes. Aucune adénopathie métastatique n'a été observée après 60 ans. La trop petite taille de notre échantillon ne permet pas de tirer des conclusions particulières quant à la signification de ces constatations.

Cliniquement les adénopathies sont dures et souvent monstrueuses. Nous retrouvons un cas de fistulisation sur 6. Leur caractère multiple est fréquent et témoigne du stade d'évolution souvent très avancé de la néoplasie primitive. Si les localisations superficielles sont plus fréquentes, les localisations profondes isolées existent et doivent inciter à pratiquer plus facilement les examens radiographiques et échographiques.

Le diagnostic de métastase est en général facile. Il est intéressant de constater que dans 100% des cas la cytologie a été affirmative. Le pronostic de cancer métastasé au Mali comme partout ailleurs est catastrophique.

2-4 La tuberculose ganglionnaire

Notre étude dans son volet prospectif, a permis de diagnostiquer une tuberculose ganglionnaire chez 7 malades sur 53, plaçant ainsi cette affection au 4ème rang des étiologies d'hypertrophie ganglionnaire. Ce chiffre est inférieur à ceux obtenus par FOKOUA en 1987 (10) et MBAKOP en 1991 (18) au Cameroun, SOURDRE et coll au Burkina Faso en 1988 (23), YATTARA et THERA au Mali (24,26). Cette différence s'explique de toute évidence par des différences de méthodologies; aucune de ces études n'a en effet eu recours à la sérologie VIH. D'ailleurs lorsqu'on s'intéresse aux adénopathies recrutées dans les archives des 10 dernières années dans le même service, on constate que la tuberculose ganglionnaire occupe la 1ère place avec 23,5%, chiffre qui est tout à fait comparable à ceux rapportés par l'ensemble de ces auteurs.

Comme plusieurs auteurs l'ont constaté, l'adénopathie tuberculeuse apparaît dans notre étude comme une maladie du sujet jeune (15,20,23,24) observée surtout après l'âge de 10 ans (23). Notre recrutement est cependant un recrutement de service de médecine interne où les enfants de moins de 10 ans ne sont que rarement hospitalisés. En effet, les études pédiatriques faites au Togo, au Senegal et au Cameroun rapportent des fréquences comprises entre 46% et 84% avant l'âge de 10 ans (2,18,21).

La répartition en fonction du sexe montre une prédominance arithmétique des hommes. Cette observation est rapportée par plusieurs auteurs (5,18,20,23). SOURDRE et coll signalent dans leur étude une prédominance des éleveurs et évoquent ainsi le rôle possible de Mycobacterium bovis dans la survenue des tuberculoses ganglionnaires au Burkina Faso. Dans notre étude les catégories professionnelles qui semblent plus fréquemment atteintes sont les cultivateurs et les femmes au foyer. Cette constatation doit être vérifiée sur un échantillon de malades plus important.

L'adénopathie tuberculeuse apparaît dans notre étude comme une adénopathie multiple, plurifocale, le plus souvent superficielle, dure ou molle, mobile ou fixe, pouvant se fistuliser ou non. Ces caractéristiques sont classiquement connues.

Comme AUREGAN, nous constatons que les territoires les plus fréquemment atteints sont les territoires cervicaux et axillaires (5). La localisation abdominale est retrouvée une fois. Ce chiffre rappelle celui de QUARTIER qui rapporte 33% (20). L'ancienneté moyenne des adénopathies est de 2,5 mois, chiffre se rapprochant de celui rapporté par QUARTIER (3,5 mois). Les formes fébriles sont fréquemment observées dans notre étude (3 cas sur 4) comme dans celle de MBAKOP qui rapporte 78% (18). AUREGAN et coll ne trouvent en revanche que 5,8% (24). Il est intéressant de constater avec SOURDRE et coll que l'état général est habituellement peu altéré (23).

Dans notre étude comme dans celle de YATTARA, le diagnostic bactériologique recourant à la coloration par la technique de Ziehl Neelson n'a été que rarement concluant. Les chiffres retrouvés sont nettement inférieurs à ceux obtenus par SOURDRE et coll, MBAKOP et coll, qui recherchent le bacille tuberculeux sur coupes histologiques. La recherche systématique du bacille tuberculeux sur coupes histologiques et après culture de broyat de ganglion devrait améliorer le diagnostic des adénopathies.

La cytologie a évoqué le diagnostic 2 fois sur 4. Une fois, elle a pu être affirmative. Ces chiffres sont inférieurs à ceux obtenus par l'examen anatomopathologique qui évoque le diagnostic dans 29% des cas et l'affirme dans 43%. Ce phénomène est bien connu. Il est important de souligner qu'une

fois, alors que le diagnostic de tuberculose est évoqué par la cytologie, l'examen anatomopathologique concluait à une hyperplasie banale chez une femme séropositive pour le VIH et chez qui l'IDR à la tuberculine était phlycténulaire, et dont l'amélioration clinique a été spectaculaire sous traitement antituberculeux d'épreuve.

La grande fréquence de l'infection tuberculeuse du ganglion chez les sujets séropositifs a été rapportée par plusieurs auteurs (3,4,11).

Les résultats de notre étude, qui méritent d'être vérifiés, confirment cette grande fréquence. L'ensemble de ces données invite à des études bactériologiques plus fréquentes, plus élaborées, à la multiplication des biopsies ganglionnaires et des recoupes histologiques, enfin à un recours plus fréquent au traitement antituberculeux d'épreuve chez tout malade séropositif dont les tests tuberculiques sont de surcroît positifs. Nous n'avons pas constaté de décès chez nos malades tuberculeux au cours de l'hospitalisation quelque soit leur statut immunologique. Ce constat témoignerait de l'efficacité des schémas thérapeutiques utilisés au Mali, mais également de la plus grande fréquence de l'infection par Mycobaterium tuberculosis qui n'a pas été précisée au cours de cette étude. Quoiqu'il en soit, les résultats de ce traitement chez le séropositif montrent que la tuberculose ganglionnaire n'est pas un évènement péjoratif dans l'évolution de la maladie.

2-5 Les adénopathies indéterminées

Elles occupent une grande place dans notre étude puisque leur fréquence de 15% les place au 3ème rang des aspects étiologiques. Cette fréquence est comparable à celle rapportée par MBAKOP au Cameroun (14%). En 1986, THERA retrouve 18% d'adénopathies non spécifiques au Mali. Comme cet auteur nous constatons que ce groupe d'adénopathies se retrouve, comme toutes les étiologies, chez le sujet jeune sans qu'on puisse en trouver une signification particulière. La prédominance de la population féminine dans notre étude n'est qu'apparente. Elle ne confirme pas en tous cas les travaux menés en zone rurale au Mali (19).

Le délai entre l'apparition de l'adénopathie et la consultation est plus long que pour tous les autres groupes étiologiques. Ce long délai est à rapprocher à notre avis de l'altération peu fréquente de l'état général chez le porteur.

Les adénopathies siègent le plus souvent au niveau axillaire et cervical. Elles sont fréquemment multiples. Elles sont dures ou fermes, mobiles, sensibles ou non. Leur diamètre ne dépasse pas 4 cm et elles ne fistulisent pas. La localisation profonde est rare. L'explication de cette

rareté doit tenir compte de la taille de notre échantillon et de la pratique moins fréquente des examens radiologiques et échographiques.

Leur association à une organomégalie ou à des signes infectieux n'est pas rare.

Le caractère non spécifique de ce groupe d'adénopathies a été évoqué chez tous les malades et affirmé pour 71% par l'examen cytologique du frottis de ponction ou d'apposition du ganglion. La confirmation histologique a été observée dans 75% des cas. Ceci met en exergue la rentabilité de l'examen cytologique à Bamako.

Le diagnostic d'adénopathies d'origine indéterminée est bien entendu un diagnostic d'élimination et cette fréquence considérable devrait diminuer par une meilleure approche diagnostique. On peut se demander en effet quelle est la place des adénopathies liées aux infections par les germes banaux, la toxoplasmose, le virus de la rubéole, le cytomégalovirus, le virus de la mononucléose infectieuse, le tréponème qui, on le sait, sont fréquents sous les tropiques. Aucune étude au Mali n'a recherché ces étiologies. Il serait intéressant de savoir le devenir lointain de ces adénopathies par un suivi médical prolongé. Le seul cas d'adénopathie infectieuse rapporté dans notre étude a été retenu sur des arguments indirects.

2-6 La maladie de Hodgkin (MDH)

La MDH représente 6% des étiologies des adénopathies dans notre étude prospective, soit 3 cas en 12 mois. Cette incidence annuelle confirme celle rapportée par MAIGA dans le même service en 1982 (18). La fréquence relativement élevée de l'association avec le virus de l'immunodéficience acquise a été signalée par certains auteurs (13). Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de cas d'association. Le nombre de cas suivis cependant est trop petit pour tirer des conclusions épidémiologiques, cliniques et évolutives fiables.

2-7 Les leucémies

Comme la maladie de Hodgkin, les leucémies sont peu représentées dans notre étude. Ce phénomène ne traduit pas à notre avis une rareté des leucémies dans le service. Il s'explique simplement par les types de leucémies rencontrées et le recrutement adulte de notre population. MAIGA dans son étude rapporte en effet 18 cas de leucémie myéloïde chronique, 6 cas de leucémie aigüe et seulement 2 cas de leucémie lymphoïde chronique. Il est trop tôt pour décrire les caractères épidémiologiques ou cliniques de

ces adénopathies.

2-8 Les adénopathies d'origine allergique

La fréquence des adénopathies par phénomène allergique est très mal connue dans la littérature. Leur diagnostic est difficile. Le cas rapporté ici a été rencontré dans un contexte particulier.

VI- CONCLUSIONS

L'adénopathie est un symptôme clinique couramment rencontré en pratique médicale, les étiologies sont disparates particulièrement en milieu tropical. Les résultats rapportés ici concernent un recrutement hospitalier. Ils confirment la grande fréquence de l'hypertrophie ganglionnaire chez les malades hospitalisés.

Les adénopathies observées en médecine interne affectent la catégorie des sujets valides de la population sans prédominance ethnique ou professionnelle évidente.

L'adénopathie est souvent constatée par le malade lui-même mais ne constitue que rarement un motif d'hospitalisation du fait probablement de la trop grande banalisation de ce symptôme.

Si les localisations superficielles sont plus fréquentes, les localisations profondes ne sont pas exceptionnelles. Elles s'observent dans tous les groupes étiologiques. La pratique de plus en plus systématique des explorations radiologiques devrait préciser leur fréquence réelle.

Ni la taille du ganglion, ni sa consistance ne constituent un élément d'orientation dans la démarche du diagnostic étiologique. Par contre la fistulisation ne s'observe qu'au cours des tuberculoses et des métastases.

L'étiologie la plus fréquente des adénopathies est l'infection par le VIH. Ce constat nouveau au Mali doit être confirmé par d'autres travaux. Les localisations ganglionnaires profondes au cours de cette infection concernent le hile du foie. L'infection par le VIH est fréquemment associée à la tuberculose ganglionnaire et aux LMNH. Les aspects cytologiques et histologiques qu'elle induit sont souvent trompeurs.

Les LMNH concernent indifféremment toutes les ethnies, ils semblent plus fréquents chez les cultivateurs et les femmes au foyer. Il s'agit de LMNH appartenant aux groupes de haut grade de malignité. Leur association avec l'infection VIH peut rendre le diagnostic hésitant. D'où l'intérêt d'une pratique systématique de la sérologie VIH devant tout diagnostic de LMNH.

L'utilisation de marqueurs de clonalité devrait être introduite dans l'étude dans ces circonstances.

Les adénopathies d'origine métastatiques ne semblent pas être l'apanage du sujet âgé comme il est classiquement signalé ailleurs. Elles sont très fréquemment multiples.

La tuberculose garde encore une place importante dans l'étiologie des adénopathies. Les caractéristiques cliniques des adénopathies tuberculeuses n'ont rien d'original, mais ces adénopathies semblent plus fréquentes chez

les cultivateurs et les femmes au foyer.

Le diagnostic bactériologique par la simple lecture des frottis ou appositions après coloration par la technique de Ziehl Neelson est rarement positif. Il doit être amélioré par la recherche du germe sur coupes de biopsie et par la culture de broyat sur milieu spécial (milieu de Lowenstein).

L'association à l'infection par le VIH est fréquente, elle ne constitue pas un événement péjoratif dans l'évolution de l'infection lorsque le diagnostic est établi à temps. Ceci justifie la recherche systématique de l'infection tuberculeuse du ganglion chez tout malade séropositif pour le VIH. Le diagnostic histologique dans le contexte peut être aléatoire. Aussi, nous semble-t-il, la multiplication des recoupes histologiques et la mise en route d'un traitement antituberculeux d'épreuve sont le garant d'un diagnostic plus sûr et d'une meilleure prise en charge du malade séropositif.

Les caractéristiques cliniques des adénopathies d'origine indéterminée n'ont rien d'original, mais leur fréquence élevée devrait diminuer par une meilleure approche diagnostique, et il serait intéressant de savoir le devenir lointain de ces adénopathies par un suivi médical prolongé.

Les autres étiologies rencontrées sont la MDH, les leucémies, les infections bactériennes banales et les allergies. Le nombre de cas rencontré pour chacun de ces groupes étiologiques est ici trop petit pour tirer des conclusions épidémiologiques, cliniques ou évolutives.

Les examens rentables en pratique pour asseoir le diagnostic étiologique de l'adénopathie en médecine interne à Bamako nous semblent être la sérologie VIH, l'histologie du ganglion, la cytologie du ganglion, les tests tuberculiques, la radiographie du thorax et l'échographie abdominale. La recherche de BAAR doit être améliorée par la recherche sur coupes histologiques, et la place des autres sérologies mérite d'être précisée.

VII- RESUME

Le but de notre travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des adénopathies dans un service de médecine interne à Bamako. L'analyse de 180 dossiers dont 53 dans le cadre d'une étude prospective de 12 mois (sept.1991-août 1992), et 127 dans celui d'une étude rétrospective faite sur 10 années a permis d'aboutir aux résultats suivants :

- La prévalence des adénopathies en médecine interne est élevée (5,8%).

- La pathologie ganglionnaire est une pathologie de l'adolescent et de l'adulte jeune et s'observe surtout chez les hommes.

- Si l'adénopathie est un symptôme constaté le plus souvent par le malade lui même (75%), elle ne constitue que rarement et tardivement un motif d'hospitalisation (39%).

- Les adénopathies observées en médecine interne sont des adénopathies multiples, à topographie plurifocale. Les localisations superficielles sont fréquemment observées. Les localisations profondes représentent 50%, toutes étiologies confondues.

- L'étiologie prédominante des adénopathies est l'infection par le VIH (26%). L'association de cette étiologie à une tuberculose ganglionnaire ou un lymphome est relativement fréquente et doit justifier une meilleure approche des cas d'adénopathies au cours de l'infection à VIH par la pratique plus facile des biopsies ganglionnaires, la culture systématique du ganglion sur milieu de Lowenstein. Le diagnostic de ces associations est difficile et l'attitude thérapeutique du clinicien doit tenir compte de l'évolution clinique du malade, des données bactériologiques et immunologiques.

- Les autres étiologies sont par ordre de fréquence décroissante les LMNH, les adénopathies d'étiologie indéterminée, la tuberculose, les métastases, la MDH et les leucémies, l'allergie, l'infection bactérienne banale. Le groupe des adénopathies d'origine indéterminée mérite une meilleure approche diagnostique et un suivi prolongé.

Les moyens diagnostiques rentables sont la sérologie VIH, l'histologie ganglionnaire, la cytologie du ganglion, les tests tuberculiques, la radiographie du thorax et l'échographie abdominale.

MOTS-CLES : Adénopathie, VIH, Tuberculose, Métastase, Lymphomes, Médecine interne, Bamako

VIII- ANNEXE

QUELQUES OBSERVATIONS PARTICULIERES

Observation N°1

Mlle D.M, 33 ans, bambara, animatrice de projet résidant à Segou, aux antécédents de zona en 1991, est hospitalisée en Decembre 91 pour polyadénopathie fébrile. Leur début remonte au mois de Janvier 91. L'état général est conservé. Les adénopathies sont de siège axillaire, épitrochléen, sus claviculaire, cervical et inguinal bilatéral, et sous maxillaire gauche. Elles sont dures, indolores, mobiles et non fistulisées; leur diamètre varie entre 1 et 5 cm.

La radiographie thoracique et l'échographie abdominale sont normales.

La cytologie ganglionnaire est compatible avec un aspect de ganglion stimulé mais l'histologie conclut à un lymphosarcome lymphoblastique. La sérologie HIV est positive. Un traitement non spécifique est entrepris. 7 mois plus tard l'état général est toujours conservé. La taille et le nombre des adénopathies ont très sensiblement régressé, se répartissant unilatéralement dans les aires sous maxillaire, axillaire, occipitale et inguinale droites. Leurs caractères sont identiques à ceux du début.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies réactionnelles à histologie trompeuse au cours d'une infection par le VIH.

Observation N°2

Mme D.C, 28 ans, femme au foyer bambara résidant à Bamako, sans antécédents particuliers, est hospitalisée le 27/12/91 pour douleurs thoraciques gauches et toux fébrile datant d' un mois. 10 jours plus tôt, la malade note l'apparition d'adénopathies par la palpation de "boules" en axillaire, cervical et sus claviculaire gauche. L'examen clinique révèle un état général moyennement altéré, un syndrome pleurétique gauche. Au cours de l'hospitalisation apparait un syndrome cave supérieur intense nécessitant l'administration d'antibiotiques et d'une corticothérapie qui entraînent rapidement la régression des signes. Une rechute survient une semaine plus tard. Les adénopathies périphériques sont alors unilatérales, de siège identique. Elles sont dures, indolores, fixes, non fistulisées et d'un diamètre variant de 1,5 à 4 cm. La radiographie thoracique montre des adénopathies médiastinales. L'échographie abdominale est normale.

La VS à la 1ère heure atteint 83 mm. Les résultats de la cytologie et de l'histologie concordent pour le diagnostic de LMNH lymphoblastique. La sérologie HIV est négative.

Un traitement associant prednisone, vincristine et cyclophosphamide est institué le 21/1/92 et entraîne la fonte ganglionnaire et l'amélioration de l' état général. L'évolution est une

succession de rémissions partielles alternées de rechutes associant hépatosplénomégalie, pleurésie et polyadénopathie. La malade décède le 30/5/92.

Conclusion: il s'agit de LMNH lymphoblastique avec syndrome cave supérieur maintenu en rémission partielle pendant 5 mois grâce à une chimiothérapie légère.

Observation N°3

Mr D.S, 13 ans, élève bambara résidant à Ouelessebougou, aux antécédents de bilharziose, est hospitalisé le 24/1/92 pour hépatomégalie nodulaire progressivement croissante datant de 1 mois, altération de l'état général et polyadénopathie constatée 1 semaine auparavant par le malade à l'occasion de douleurs à leur niveau. L'état général est mauvais. La température est de 37°9 C. On note un syndrome pleurétique droit et des râles bilatéraux. Le foie mesure 10 cm sous le rebord costal; il est ferme et douloureux. Les adénopathies sont de siège axillaire gauche et cervical droit. Elles sont dures, douloureuses, fixes, non fistulisées et d'un diamètre variant de 2 à 3 cm.

Il n'y a pas d'adénopathies visibles à la radiographie du thorax. L'échographie abdominale montre des adénopathies mésentériques et interaortocaves. Le myelogramme met en évidence une mégaloblastose. La cytologie du foie est compatible avec un lymphome lymphoblastique type Burkitt. L'examen cytohistologique du ganglion conclut à un LMNH lymphoblastique de haut grade de malignité. Le 30/4/92 est entreprise une polychimiothérapie associant prednisone, cyclophosphamide et vincristine qui entraîne en 15 jours l'amélioration de l'état général et la régression des signes cliniques. Une rechute survient 2 mois plus tard. Le malade décède le 22/6/92 malgré la reprise de la chimiothérapie.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies de LMNH de haut grade de malignité.

Observation N°4

Mme T.S, femme au foyer bambara de 53 ans, résidant à Souena, sans antécédents notables, est hospitalisée le 7/2/92 pour polyadénopathie datant de 7 mois et constatée par la malade sous forme de "boules".

L'examen clinique retrouve un mauvais état général, une fièvre à 38°6 C et une masse dure, irrégulière et indolore de l'hypochondre droit. Il existe des adénopathies dans les aires axillaires, sous maxillaires et inguinales bilatérales, et en prétragien, cervical moyen et bas, et sus claviculaire gauches. Ces adénopathies sont dures, douloureuses, fixes et non fistulisées. Leur diamètre varie entre 1 et 9 cm.

La radiographie thoracique met en évidence une pleurésie gauche de petite abondance, des adénopathies latéro-trachéales droites. L'échographie abdominale révèle des adénopathies épiploïques et péri-rénales. L'hémogramme montre une anémie à 8,9 g/dl microcytaire, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La VS à la 1ère heure est

supérieure à 150 mm. La sérologie HIV est négative. Le myelogramme ne montre pas d'envahissement médullaire. La cytologie et l'histologie ganglionnaire concluent à un lymphome lymphoblastique. Le 17/2/92 un traitement associant prednisone, vincristine et cyclophosphamide est débuté. Il entraîne une fonte tumorale périphérique rapide mais l'état général reste mauvais. La malade décède le 20/3/92.

Conclusion: il s'agit de LMNH lymphoblastique au stade IV avec adénopathies à la fois superficielles et profondes ayant répondu rapidement à une chimiothérapie légère.

Observation N°5

Mr S.M, 67 ans, sarakolé, cultivateur à Kayes, sans antécédents notables, est hospitalisé en août 92 pour polyadénopathie découverte 4 mois plus tôt par le malade sous forme de "boules". L'examen clinique retrouve un bon état général, des râles pulmonaires bilatéraux, un éléphanthiasis des bourses par compression des vaisseaux lymphatiques et une masse péri-ombilicale dure, aux contours réguliers. Les adénopathies sont de siège sous maxillaire, cervical moyen et inguinal bilatéral. Elles sont dures, indolores, mobiles et non fistulisées. Leur diamètre varie entre 1 et 3 cm. La radiographie thoracique est normale.

L'échographie abdominale révèle une splénomégalie modérée et des adénopathies au niveau du hile du foie, le long de l'aorte et au niveau des anses digestives. La sérologie HIV est négative. L>IDR à la tuberculine est positive à 18 mm. La cytologie ganglionnaire évoque un LMNH à grandes cellules ou une maladie de Hodgkin dans sa forme sarcomateuse. L'histologie ganglionnaire révèle un lymphosarcome lymphoblastique diffus.

Un traitement associant vincristine, cyclophosphamide et prednisone est entrepris le 25/9/92. Il entraîne une fonte rapide des adénopathies et la regression de l'infiltration des bourses. Le malade est actuellement suivi en remission partielle.

Conclusion: il s'agit de LMNH lymphoblastique avec adénopathies superficielles et profondes chez un sujet âgé ayant répondu favorablement à une chimiothérapie légère.

Observation N°6

S.S, 3 ans, bambara, de sexe féminin résidant à Selingué, aux antécédents familiaux de drépanocytose est amenée le 27/3/92 en consultation pour suspicion de mélanome malin, fièvre vespérale et polyadénopathie. Ces adénopathies sont découvertes au mois de janvier 92 à l'occasion de douleurs à leur niveau. L'examen clinique retrouve un état général moyennement altéré, des râles pulmonaires bilatéraux et un naevus pigmenté à pourtours frangés de surface irrégulière et ulcérée, sur la partie temporale gauche du crâne. Les adénopathies sont de siège axillaire et inguinal bilatéral, cervical moyen et bas et retro auriculaire droit. Elles sont dures, indolores et mobiles. Leur diamètre varie de 1 à 7

cm. Les adénopathies axillaires et sus claviculaires droites sont fistulisées.

La radiographie thoracique montre des images latéro-trachéales bilatérales évoquant des adénopathies. L'échographie abdominale n'a pu être faite. La NFS révèle une anémie normocytaire à 6,9 g/dl d' Hb. La cytologie ganglionnaire montre des cellules métastatiques. L'histologie ganglionnaire confirme le diagnostic de métastases d'un très probable mélanome malin. Une antibiothérapie par voie générale est prescrite. La malade ne sera plus revue.

Conclusion: il s'agit d'une polyadénopathie superficielle et profonde au cours d'un mélanome malin survenu sur naevus congénital chez une fille de 3 ans.

Observation N°7

Mr F.B, 37 ans, chauffeur à Segou, sans antécédents particuliers, est hospitalisé en juin 92 pour épigastralgies et hématomèse dont les débuts remontent à avril 92. L'examen clinique met en évidence un empatement de la région épigastrique, une altération de l'état général et des râles bronchiques. Il n'existe pas d'organomégalie, en particulier les aires ganglionnaires périphériques sont libres. La fibroscopie met en évidence une tumeur antrale dont la nature cancéreuse est confirmée par l'examen anatomopathologique. L'échographie abdominale et la radiographie thoracique sont normales. Une exérèse chirurgicale est proposée, mais la tumeur est considérée comme inextirpable par le chirurgien qui constate cependant des adénopathies au niveau antral dont la nature métastatique est confirmée par l'anatomopathologiste. Le traitement ne sera que palliatif. Le malade retourne chez lui. Il ne sera plus revu.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies abdominales métastatiques secondaires à un adénocarcinome gastrique, dont le diagnostic n'a été rendu possible qu'après laparotomie.

Observation N°8

Mr DM, 36 ans, bozo, commerçant à Bamako, sans antécédents notables, est hospitalisé en août 91 pour amaigrissement important, douleurs thoraciques et paresthésies des membres inférieurs remontant à 1990. L'examen clinique retrouve un mauvais état général, une fièvre à 38° C et une hépatomégalie sensible et ferme de 15 cm de hauteur. Il existe des adénopathies axillaires et cervicales non fistulisées de 2 à 3,5 cm de diamètre.

La radiographie thoracique est normale et l'échographie abdominale ne retrouve pas d'adénopathies profondes. La VS est accélérée.

La cytologie ganglionnaire conclut à une nécrose, l'histologie affirme une adénite tuberculeuse. Une candidose oesophagienne est révélée par la fibroscopie. La laparoscopie montre une granulomatose splénique et des nodules hépatiques dont l'histologie a un aspect fibro-inflammatoire.

La sérologie VIH, l'IDR à la tuberculine et la recherche de BK dans les crachats sont négatives. Un traitement antituberculeux est entrepris et entraîne la regression de l'hépatomégalie et des adénopathies, et l'amélioration de l'état général.

Le malade est perdu de vue pendant 8 mois au cours desquels il a interrompu son traitement. Il revient le 6/7/92 avec un état général altéré, des épigastralgies, des paresthésies plantaires et une dyspnée permanente. L'examen clinique retrouve un syndrome pleurétique droit, une hépatomégalie douloureuse et une adénopathie sous maxillaire droite de 2 cm, ferme, mobile, indolore et non fistulisée. La radiographie thoracique met en évidence une miliaire disséminée dans les 2 champs pulmonaires, un épanchement pleural droit et un comblement du cul-de-sac gauche. L'échographie abdominale n'est pas faite. la VS est accélérée. L'IDR à la tuberculine et la recherche de BK dans les crachats sont négatives. La cytologie ganglionnaire a un aspect réactionnel non spécifique. Il persiste une mycose oesophagienne et la sérologie HIV est toujours négative. Le traitement antituberculeux est repris. Le malade sort à sa demande et ne sera plus revu.

Conclusion: il s'agit d'une tuberculose ganglionnaire et hépatosplénique chez un malade qui a développé secondairement une tuberculose pulmonaire après arrêt prématuré du traitement.

Observation N°9

Mr T.B, 32 ans, maure, chauffeur résidant à Bamako, aux antécédents de bilharziose et d'appendicectomie, est hospitalisé le 18/7/92 pour polyadénopathie fébrile dont les débuts remontent au mois de janvier 92. Il existe une fièvre à 39°5 C. Les adénopathies sont axillaires et inguinales bilatérales, cervicales et sous maxillaires droites. Elles sont molles, douloureuses, mobiles ou fixes. Leur diamètre varie entre 1 et 6 cm. Une adénopathie cervicale basse droite est fistulisée.

La radiographie thoracique est normale, l'échographie abdominale note des adénopathies au niveau de la pince mésentérico aortique. La VS à la 1ère heure est de 90mm. La cytologie ganglionnaire est compatible avec une tuberculose en phase de pré caséification et le Ziehl est positif. L'histologie confirme la nature tuberculeuse de l'hypertrophie ganglionnaire. La recherche de BK dans les crachats est infructueuse, l'IDR à la tuberculine est négative. La sérologie HIV n'a pas été faite. Un traitement antituberculeux est entamé le 27/7/92 qui, en un mois, amène l'apyrexie et la régression des adénopathies. Celles-ci sont devenues dures, indolores, mobiles et non fistulisées.

Conclusion: il s'agit d'une tuberculose ganglionnaire avec adénopathies à la fois superficielles et profondes au cours de laquelle la recherche de BAAR est positive sur frottis coloré par la technique de Ziehl Neelsen.

Observation N°10

Mr D.S, 10 ans, bambara, écolier résidant à Abidjan, sans antécédents notables, est hospitalisé le 6/12/91 pour douleurs thoraciques et toux fébrile datant de 1 an. L'état général est mauvais. On note une fièvre à 40° C et des râles bronchiques bilatéraux. La palpation retrouve une hépatosplénomégalie ferme, lisse et douloureuse. Il existe des adénopathies axillaires bilatérales dures, indolores, mobiles et non fistulisées, de 1 cm de diamètre.

La radiographie thoracique révèle la présence d'adénopathies latéro bronchiques et interbronchiques. L'échographie abdominale retrouve de multiples adénopathies para aortiques, péri caves et au niveau du hile du foie. La VS atteint 127mm à la 1ère heure. La cytologie et l'histologie ganglionnaires concluent à une maladie de Hodgkin. La recherche de BK dans les crachats et l>IDR à la tuberculine sont négatives. Un traitement associant prednisone et vincristine est entamé le 12/12/91. Il entraîne la regression des adénopathies et des signes cliniques. Momentanément interrompu par une varicelle, il est repris par la suite. Le malade est actuellement en remission complète.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies de nature hodgkinienne.

Observation N°11

Mr S.M, 30 ans, malinké, chauffeur résidant à Bamako, aux antécédents de bilharziose et de pneumonie, est hospitalisé le 8/7/92 pour polyadénopathie fébrile découverte 7 mois auparavant par le malade à l'occasion de douleurs. L'état général du malade est bon. Les adénopathies sont de siège cervical droit. Elles sont dures, indolores, fixes et non fistulisées. Leur diamètre varie entre 1 et 6 cm.

La radiographie thoracique montre des adénopathies hilaires droites et l'échographie abdominale, des adénopathies profondes au niveau de la pince mésentérico-aortique et le long des gros vaisseaux. La VS est accélérée. L>IDR à la tuberculine est négative. La cytologie ganglionnaire conclue à une maladie de Hodgkin. Le diagnostic est confirmé par l'examen anatomopathologique (type III de Lukes). Une chimiothérapie associant prednisone, vincristine, chlorméthine et procarbazine (MOPP) est débutée le 8/8/92 et entraîne la régression des signes cliniques. Le patient est actuellement en rémission.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies de nature hodgkinienne chez un sujet jeune ayant répondu à une chimiothérapie de type MOPP.

Observation N°12

Mr S.M, 32 ans, bozo, employé de commerce à Bamako, alcoolotabagique chronique est hospitalisé en mai 1992 pour diarrhée persistante, altération de l'état général et toux dont les débuts remontent

à 1 mois. A l'interrogatoire, le patient signale des adénopathies apparues depuis février 92 à l'occasion d'une angine.

L'examen clinique retrouve un état général moyennement altéré, une fièvre à 38°7 C, un eczéma pubien prurigineux et des râles pulmonaires bilatéraux. Les adénopathies sont de siège inguinal bilatéral, sous maxillaire et axillaire droit, sus claviculaire et cervical gauche. Elles sont dures, douloureuses, mobiles, non fistulisées. Leur diamètre varie de 1 à 2,5 cm.

La radiographie du thorax est normale. L'échographie abdominale ne montre pas d'adénopathies. La sérologie HIV est positive. La cytologie ganglionnaire montre une réaction plasmocytaire importante. L'histologie découvre une mycobactériose d'origine tuberculeuse probable. L>IDR à la tuberculine et la recherche de BK dans les crachats sont négatives. Un traitement non spécifique antiparasitaire et antidiarrhéique est entrepris. Il entraîne la régression de la diarrhée. Le malade ne sera plus revu après sa sortie.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies mycobactériennes probablement tuberculeuses dans un contexte de rétrovirose avec localisations à la fois superficielles et profondes.

Observation N°13

Mr T.S, 47 ans, cultivateur bambara résidant dans le cercle de Kolondieba, aux antécédents de bilharziose et d'appendicectomie, est hospitalisé le 13/6/92 pour altération de l'état général et toux datant de janvier 91. L'examen clinique révèle un état général moyennement altéré, une mycose buccale, un syndrome pleurétique droit et des râles pulmonaires bilatéraux. On note également des adénopathies axillaires bilatérales de 1 à 2,5 cm de diamètre, dures, indolores, mobiles et non fistulisées.

La radiographie thoracique ne montre pas d'adénopathies. L'échographie abdominale n'a pu être faite. La VS rest très accélérée à 140 mm à la 1ère heure. L'examen des crachats rapporte 10 BAAR / champ. L>IDR à la tuberculine est positive à 13 mm. La fibroscopie retrouve une oesophagite mycosique. La sérologie HIV est positive pour le VIH1. La cytologie du ganglion montre un aspect polymorphe avec des lymphocytes, des polynucléaires éosinophiles et neutrophiles, et quelques cellules blastiques. L'histologie présente un aspect d'adénite tuberculeuse.

Un traitement associant antituberculeux et antifongiques est débuté le 25/6/92 et améliore l'état du malade. Il reste cependant sans effet sur les adénopathies. Sorti de l'hospital le 4/8/92, le malade ne sera plus revu.

Conclusion: il s'agit de polyadénopathie tuberculeuse associée à une tuberculose pulmonaire chez un malade séropositif pour le VIH1.

Observation N°14

Mr D.B, 43 ans, bambara, employé de commerce résidant à Bamako,

aux antécédents de bilharziose et d'onchocercose, est hospitalisé le 3/7/92 pour lymphome cutané épidermotrope et douleurs abdominales aiguës. Les sérologies sont positives pour le HIV1 et le HTVL1.

L'examen clinique objective un bon état général, une fièvre à 38° C, "une peau de lézard" généralisée prurigineuse. Il y a une contracture abdominale. On note des adénopathies découvertes 2 ans plus tôt par le malade par la palpation de "boules" au niveau axillaire bilatéral et cervical gauche. Elles sont dures, indolores, mobiles, non fistulisées. Leur diamètre varie de 1 à 3,5 cm. L'hémogramme met en évidence une hyperleucocytose à 58000/mm³ avec 10440 éosinophiles/mm³ et 13340 monocytes/mm³. La VS à la 1ère heure atteint 140 mm. La cytologie ganglionnaire évoque un LMNH mixte ou une stimulation. L'histologie conclut au diagnostic de lymphome des zones T.

L'échographie abdominale et la radiographie thoracique n'ont pu être pratiquées. Le malade décède le 13/7/92 avant toute thérapeutique spécifique.

Conclusion: il s'agit d'un lymphome ganglionnaire associé à un lymphome cutané dans un contexte de double infestation par VIH1 et HTVL1.

Observation N°15

Mr B.A, 37 ans, cultivateur bambara résidant à Sikasso, aux antécédents de leucémie lymphoïde chronique irrégulièrement traitée au busulfan depuis août 90, est hospitalisé le 13/10/91 pour hépatosplénomégalie et altération de l'état général. La rechute remonte à la 1ère semaine d'octobre par une augmentation du volume splénique. L'examen révèle un mauvais état général et des adénopathies inguinales et axillaires bilatérales, et sous maxillaire gauche datant de 1990. Ces adénopathies sont dures, douloureuses, mobiles et non fistulisées. La radiographie thoracique est normale. L'échographie abdominale montre des signes d'hypertension portale modérée. Il existe une hyperleucocytose à 325000/mm³. Le myélogramme conclut à une LMC en phase d'accélération. La cytologie ganglionnaire met en évidence une métaplasie myéloïde du ganglion. La sérologie HIV est positive.

Un traitement au busulfan est repris le 16/10/91, sans succès. Le malade décède le 27/10/91.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies d'aspect myéloïde dans un tableau de LMC associé à une infection à VIH.

Observation N°16

Mme C.S, 40 ans, femme au foyer malinkée résidant à Kegueba, sans antécédent notable est hospitalisée le 16/12/91 pour hépatosplénomégalie et amaigrissement remontant à 2 mois. L'examen clinique retrouve un bon état général, des caries dentaires, une leucorrhée. Il existe des adénopathies de siège inguinal bilatéral et sous maxillaire

gauche. Leur découverte par la malade date de 1 an par les douleurs qu'elles occasionnaient. Ces adénopathies sont dures, indolores en général, mais de caractère sensible pour le ganglion sous maxillaire, mobiles et non fistulisées.

La radiographie du thorax est normale. L'histologie ganglionnaire conclut à un aspect d'adénite chronique non spécifique. La laparoscopie retrouve une périhépatite. Une antibiothérapie à base de cyclines est entreprise le 5/1/92. Deux mois plus tard, les adénopathies ont disparu, seule persiste l'hépatosplénomégalie sans autre signe. La patiente ne sera plus revue.

Conclusion: il s'agit d'adénopathies réactionnelles disparaissant après un traitement par des cyclines.

TR:

Marge anale:

Abcès

Fissures

Hémorroïdes

	Taille(cm sous RC)	Consistance	Surface	Sensibilité
FOIE				
RATE				

			DROITE	GAUCHE	Taille en cm (extrêmes)
GANGLIONS	LOCALISATION	retro auriculaire prétragien occipital jugulo carotidien haut moyen bas sus claviculaire axillaire epitrochléen inguinal poplité Médiastin: latéro trachéal trachéo bronchique inter bronchique Abdominale: inter aorto cave iliaque mésentère hile du foie hile splénique			
	CARACTERES	Dure consistance Molle Indolore Sensibilité Douloreuse Mobile Mobilité Fixe Unique Nombre Multiple Fistulisé OUI NON			

IV Examens paracliniques

A Imagerie médicale

1. Thorax

2. Echographie

B Biologie

- NFS	GR	GB	M
	Hb	PN neutro	Autres C
	VGM	PN baso	
	Reticulocyte	PN eosino	
	Plaquettes	Lc	

- VS

Electrophorèse protide Alb alpha1 alpha2 beta lamda

Ponction ganglionnaire

Biopsie ganglionnaire N°1 N°2

Sérologies virales

positif

négatif

MNI test

HIV test

Rubéole

Sérologie bact. et parasit.

BW

Rose Bengale

Toxoplasmose

Myelogramme (concl)

Biopsie médullaire (concl)

Biopsie hépatique

Autres examens complémentaires

Crachats Ziehl Culture sur Löweinstein

IDR 10 UI

Créatinémie

Urée

TP

Transaminases

Phosphatases alc

ECBU

Uroculture

Frottis vaginal

Hémoculture

V Conclusions (diagnostic)

VI Traitement

-Début

Fin

-Nature

VII Evolution

-EG

-Signes généraux

-Taille des ganglions

-Décès: motif.....

date.....

IX- BIBLIOGRAPHIE

1.- ABISSEY A., ANOH J., RAIN J.D.

Panorama des hémopathies diagnostiquées au laboratoire central du C.H.U. de Teichville. Bilan de 10 années d'activités
Med. Af. Noire, 1992, XXXIX(4), 268-269

2.- ASSIMADI K., TIDIANI O., TATAGAN K., KPAKPO A., KPODZRO K., AMEDOME A.

Localisation extra-pulmonaire de la tuberculose chez l'enfant togolais
Afrique Médicale, 1989, 28, 280: 575-579

3.- ATLANTA US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS)

1984 Tuberculosis statistic states and cities
Publication n° (CDC) 85 8249, 1985

4.- AUBRY P., BIGIRIMANA F., NDABANEZE E., KADENDE P., NDAHIRAGIYE A., KAMANFU G., NIKOYAGIZE E., FLOCH J.J., MPFIZI B., LAROCHE R.

Aspects actuels du SIDA de l'adulte à Bujumbura
Med. Af. Noire, 1990, XXXVII (10), 568-571

5.- AUREGAN G., BICHAT B., CHAKIB S., LEVAGUERESSE R., SCARAVILLI P.

Les tuberculoses ganglionnaires périphériques à Djibouti.
Medecine Tropicale, 1988, 48 (2), 101-105

6.- BERNARD J., LEVY J.P., VARET B.

Hématologie. Collection médico-chirurgicale, 1976, Paris, Flammarion édit.

7.- DIEBOLD J., AUDOUIN J., MARCHE C., LE TOURNEAU A.

Aspects histopathologiques des adénopathies dans le syndrome des adénopathies persistantes (LAS) et les syndromes associés au SIDA (ARC)
Ann. Pathol. , 1986, 6, 266-270.

8.- DIOMANDE M.A., BEUGRE N.J., HONDE M., TEA D., TOUTOUKPO Y., D'HORPOCK A.F., BEAUMEL A., DAGO AKRIBI A., ETTE M.

LMNH, non Burkitt en Cote d'Ivoire. Etude clinico-pathologique de 140 cas colligés en 15 ans (1973-1987).

Med. Af. Noire, 1991, XXXVIII (11), 760-763.

9.- DUHAMEL G.

Histopathologie du ganglion lymphatique, 2ème édition, 1979, Paris, MASSON édit.

10.- FOKOUA S.

Etude anatomo-clinique des adénopathies cervicales chroniques à l'Hopital Central de Yaounde (à propos de 43 cas).

Ann. Univ. Sc. Santé, 1989, 4 (3), 519.

11.- GENTILNI M., ROSENHEIM M., ITOUA-NGAPORO A. et coll

SIDA. Infection à VIH. Aspects en zone tropicale, 1989, Paris,

ELLIPSES/AUPELF édit.

12.- GERMAIN D.

Physiologie humaine. Cellules sanguines et organes hématopoïétiques, 1981, Villeurbanne, SIMEP édit.

13.- GISSELBRECHT C.

Lymphomes et infection à VIH.

Editions techniques - Encycl. Med. Chir. (Paris - France) Hématologie, 13016 F10, 1992, 4p.

14.- HAIDARA A.

Contribution à l'étude des cancers à Bamako (à propos de 52 cas).

Thèse Med. Bamako, 1990, 77p.

15.- LOKROU A., TOUTOU T., OUATTARA D., ADOM H., DIALLO D., OUEDRAOGO Y., KOUTOUAN A., GROGA-BADA N., NIAMKEY E., SOUBEYRAND J., BEDA B.Y., SCHMIDT D.

Panorama de la tuberculose dans un service de médecine interne en Côte d'Ivoire.

Med. Af. Noire, 1988, 35 (1), 34-38.

16.- KANOUTE F.

Aspects cliniques et paracliniques du SIDA à Bamako.

Thèse Med. Bamako, 1991, 82p.

17.- LE CESNE A., LE CHEVALIER T., CAILLE P., CVITKOVIC E., CONTESSO G., SPIELMANN M., ROUESSE J.

Métastases de cancers à point de départ inconnu.

Presse Médicale, 1991, 20 (29), 1369-1373.

18.- MAIGA O.

Les hémopathies malignes au Mali (à propos de 73 observations).

Thèse Med. Bamako, 1982, 67p.

19.- MBAKOP A., FOUNDA ONANA A., NOUMEN B.R., ESSAME J.L., MICHEL G., ABONDO A.

Tuberculose ganglionnaire au Cameroun: aspects cliniques et anatomopathologiques; à propos de 333 cas.

Medecine Tropicale, 1991, 51 (2), 149-153.

**20.- PROJET DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE- BANQUE MONDIALE
IDA P. 108 MALI.**

Evaluation sanitaire des cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita.
(Mali-1981).

**21.- QUARTIER G., PERRET J.L., MOUSSAVOU-KOMBILA J.B.,
WALTER P., BOGUIKOUMA J.B., LEONETTI P., NGUEMBY-BINA C.**
Présentation de la tuberculose ganglionnaire dans un service de médecine
interne à Libreville.

Med. Af. Noire, 1989, 36 (12), 911-913.

**22.- SALL M.G., KUAKUVI N., SOW H.D., MOREIRA C., SENGHOR G.,
BENNANI A.**

Aspects de la tuberculose chez l'enfant à Dakar (à propos de 125 cas).
Afrique Médicale, 1988, 27 (265), 345-348.

**23.- SANGARE A., TEA DAIGNEKPO N., SOMBO M.F., BASSIMBIE J.,
TOUTOUKPO Y., ABISSEY A.S., SANOGO I., CABANNES R.**

Aspects cliniques du LMNH en Cote d'Ivoire à l'exclusion de la maladie de
Burkitt.

Publications Médicales Africaines , 1988, 21 (87), 52-63.

24.- SOURDRE R.B., TIENDREBEOGO H., SAKANDE B., RAULIN B.

Aspects épidémiologiques et cliniques de 27 adénites tuberculeuses.
Inter-Fac Afrique, 1988, N°5, 19-23.

25.- THERA M.

Contribution à l'étude des adénopathies au Mali. A propos de 355 cas.
Thèse Med. Bamako, 1987, 64p.

26.- TOURE A.

Contribution à l'étude des cancers au Mali (à propos d'une étude statistique
de 1378 cas).

Thèse Med. Bamako, 1985, 145p.

27.- YATTARA M.

Contribution à l'étude des tuberculoses extra-pulmonaires dans les
services de médecine interne (A,B,C,D,E), de cardiologie, de neurologie et
de gynéco-obstétrique de l'Hopital du Point "G". (A propos de 62 cas).

Thèse Med. Bamako, 1988, 118p.

28.- ZIEGLER J.L., BECKSTEAD J.A., VOLBERDING et coll.

Non Hodgkin's lymphoma in 90 homosexual men.

New. Engl. J. Med. 1984, 565-570.

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 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.