

CAT

**devant une adénopathie
devant une splénomégalie**

M. Saïdi M. Aiche

Batna

CAT devant une adenopathie

- Généralités
- Rappel physiologique et physiopathologie
- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel
- Diagnostic étiologique

Généralités.

1. Définition: augmentation de volume d'un ganglion > 1cm.
2. Fréquence: ++ médecine générale, pédiatrie, Mies infectieuses, hématologie,
3. Diagnostic:
 - Dc positif : aisé,
 - Dc étiologique : +++ nombreuses causes: bénignes, malignes,
4. TRT dépend de la cause.

Rappel et physiopath

- ❖ Rappel : Sites de drainage :
 - Jugulo carotid : oropharynx, Waldeyer, thyroïde.
 - Axillaires : membres supérieurs et seins.
 - Sus-claviculaire D : médiastin antérieur.
 - Sus-claviculaires G= Troisier : cavité abdominale.
 - Crurales : périnée.

Rappel et physiopath

- ❖ Anatomie fonctionnelle du ganglion
 - Organes lymphoïdes centraux (OLC): thymus, moelle osseuse
 - Organes lymphoïdes périphériques (OLP) : ganglions, rate, amygdales, tissu lymphoïde associé aux muqueuses et le système lymphoïde cutané. Les OLP sont siège de réponse des lymphocytes aux antigènes.

Topographie.

➤ Superficielles:

- Cervicales, Axillaires, Inguinales...
- Une seule aire ggl: localisée voire isolée
- Deux aires ggl: régionale,
- Toutes les aires ggl: généralisées.

➤ Profondes:

- Intra thoraciques: médiastinales, , hilaires,
- Intra-abdominales: mésentériques,
- Rétropéritonéales.

➤ Superficielles et profondes.

Localisations des territoires ganglionnaires

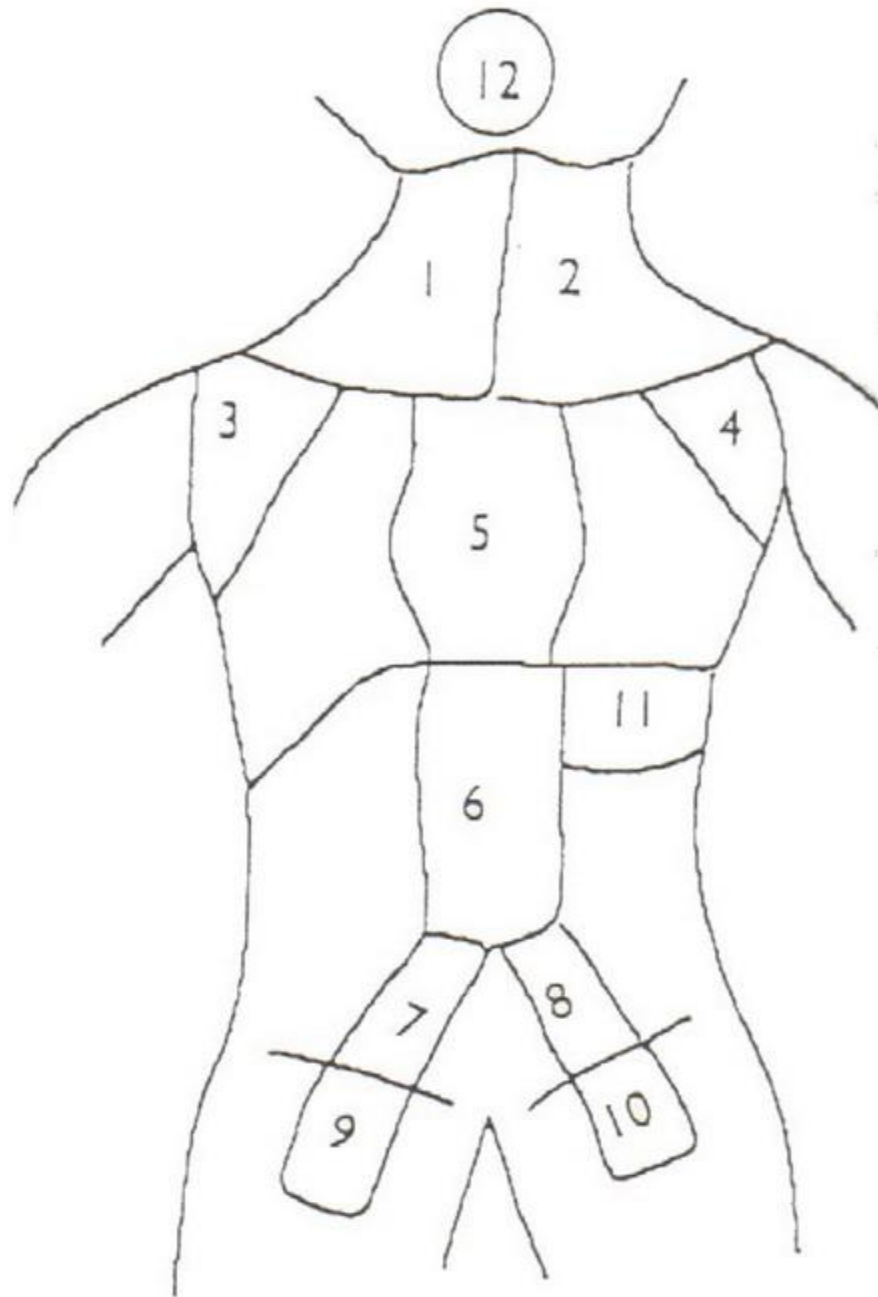
TERRITOIRES SUS- DIAPHRAGMATIQUES

1. Cervical droit (haut et/ou bas).
2. Cervical gauche (haut et/ou bas).
3. Axillaire droit.
4. Axillaire gauche.
5. Médiastinal (paratrachéal et / ou hilare)

TERRITOIRES SOUS- DIAPHRAGMATIQUES

6. Lombo-aortique (haut et/ou bas).
7. Oelvien droit (iliaque et/ou rétrocrural).
8. Pelvien gauche (iliaque et/ou rétrocrural).
9. Inguinal droit.
10. Inguinal gauche
11. Localisations spléniques (splénomégalie et/ou nodules au scanner)

12. AUTRES (cavum, Waldeyer, épithrochlée, poplitée..)



Rappel et physiopath

❖ Fonctions du ganglion :

Élimination de l'agent pathogène

Elaboration de la réponse immune

Dc positif

Facile cliniquement

- Tuméfaction nodulaire dans une aire ggl superficielle mesurant > 10 mm sur un trajet lymphatique;

Dc différentiel

- Ce qui n'est pas un ganglion
- **Cervical**: glande salivaire, tumeur thyroïdienne kyste épithélial branchial, anévrisme,
- **Axillaire** : prolongement de la glande mammaire (grossesse); hydrosadénite,
- **Inguinale**: hernie inguinale, ectop testicule
- **Au niveau de toutes les aires**: lipome, anévrisme (auscultation avant la ponction)

Particularités

Des ggl peuvent être palpés et sans
signification:

- Chez sujets maigres
- Aires inguinales (infections cutanées, gynéco,périnéales)
- Aires cervicales chez l'enfant

Dc étiologique

- Enquête étiologique:
 - Age, sexe,
 - mode d'installation: récente, plusieurs jours ou mois.
 - Profession: jardinage
 - Prise médicamenteuse
 - signes généraux associée

Dc étiologique

Selon la présentation

ADNP isolée: rechercher cause évidente proche abcès dentaire.

ADNP régionales ou généralisée: cause générale le plus souvent.

Dc étiologique

Apprecier les caractères des adénopathies:

- consistance: molle (collection), ferme, dure, dureté pierreuse (Kc),
- signes inflammatoires,
- rapport aux plans superficiels et profond: adhérence+++,
- fistulisation, cicatrices de fistules: écrouelles(tuberculose ggl)

Dc étiologique

Examen clinique complet:

Toutes les aires ganglionnaires

Fixité, consistance

Examen clinique complet

Signes d'insuffisance sanguine

Signes généraux

Dc étiologique

Apprecier les caractères des adénopathies:

- consistance: molle (=collection), ferme, dure (pierreuse =Kc),
- signes inflammatoires,
- rapport aux plans superficiels et profond: adhérence+++,
- fistulisation, cicatrices de fistules: écrouelles(tuberculose ggl)

Dc étiologique

1. Adénopathie isolée:

-Installation récente ? Signes fonctionnels :ORL.....

➤ Recherchez une cause au niveau du site de drainage:

- infectieux: abcès, porte d'entrée,
- tumoral: Kc cavum, sein, ..

➤ Examens complet:

-Examen ORL, palpation des seins

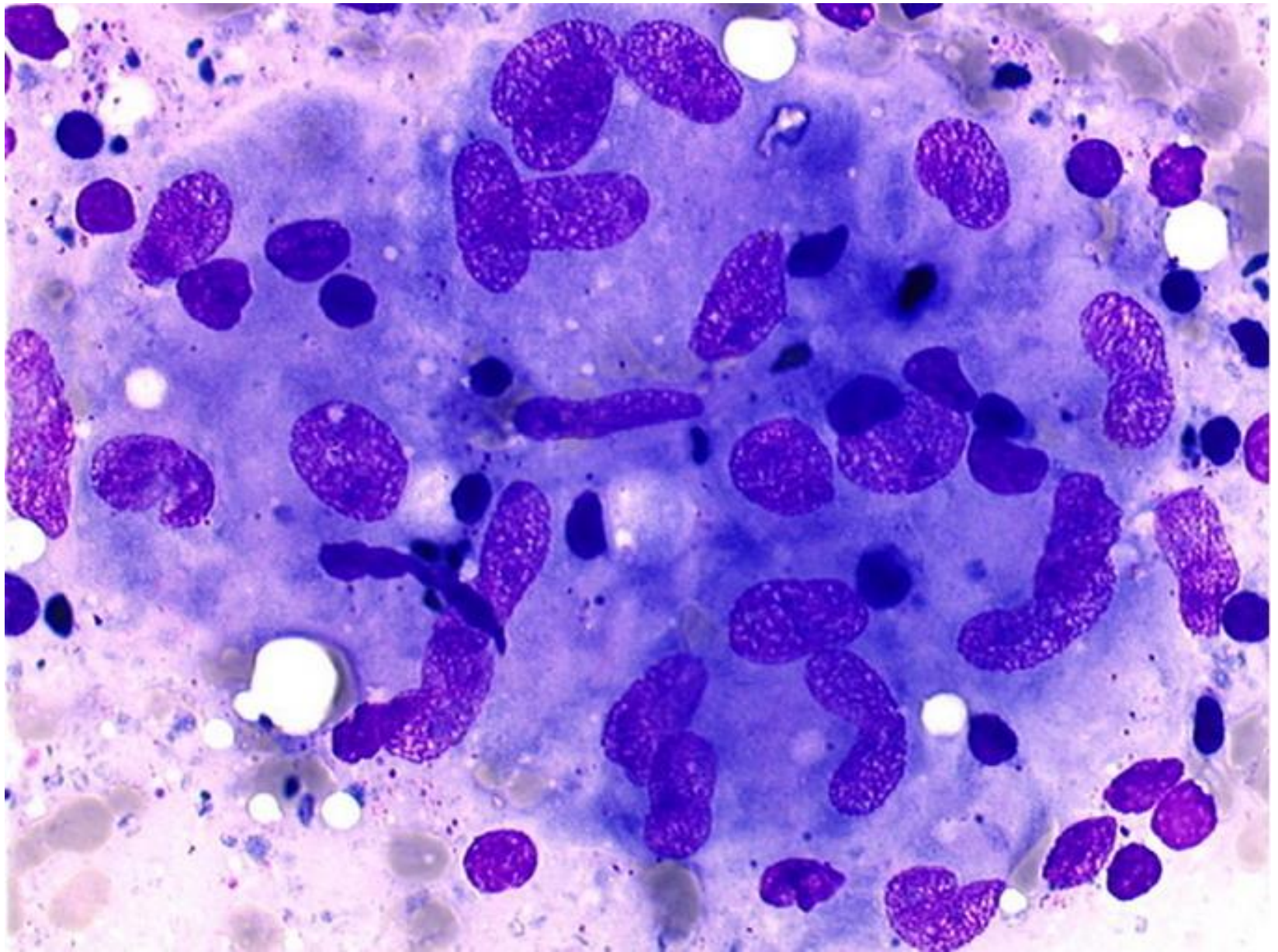
-Signes inflammatoires accompagnateurs +/-,

➤ Bilan: si une infection banale n'est pas retenue

-FNS+ frottis sanguin.

-TLT, échographie abdominale,

➤ Ponction ganglionnaire: aiguille fine: pus ou suc ggl (> 4S)



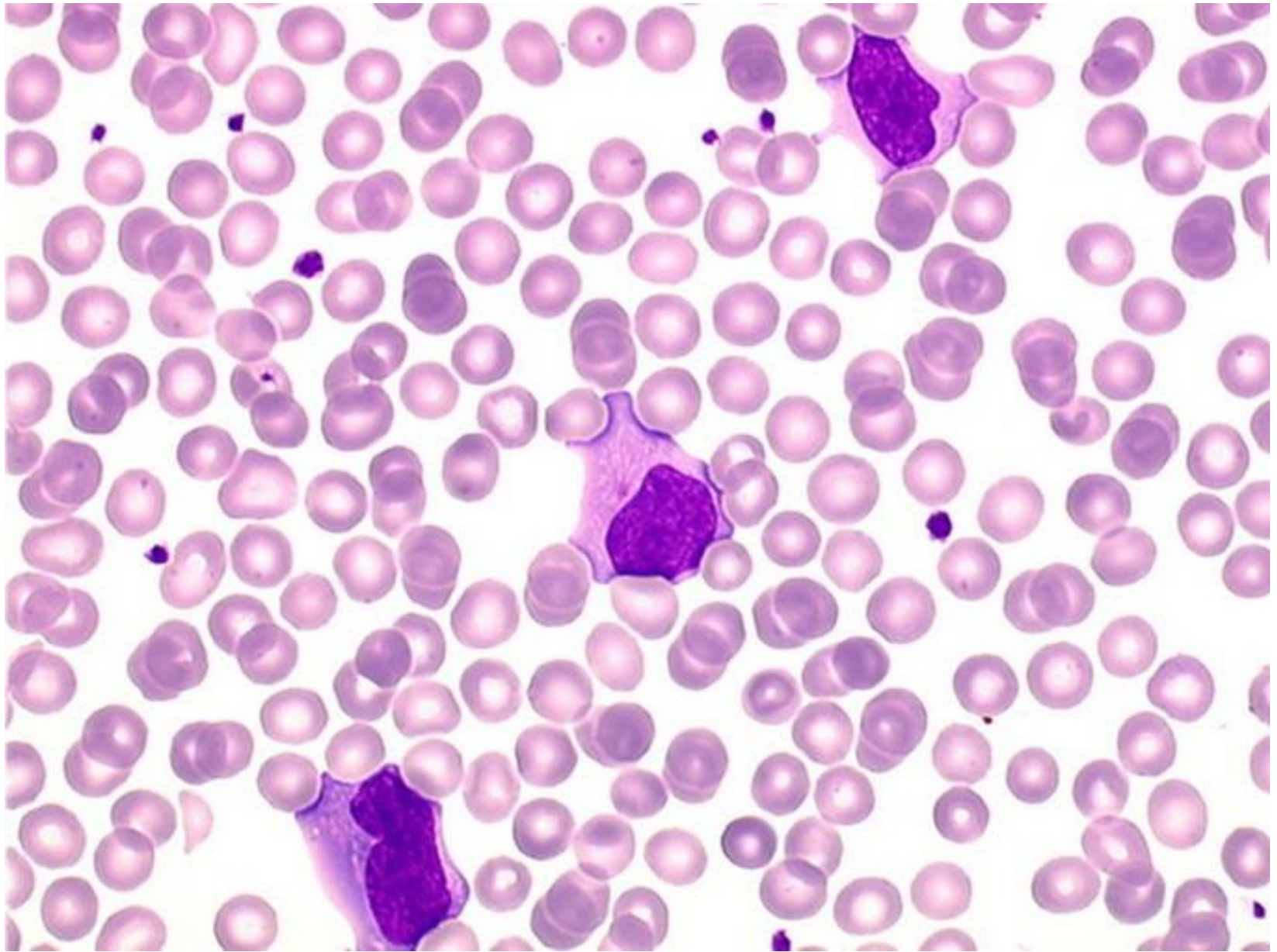
Dc étiologique

2. Adénopathies généralisées: recherchez une cause générale:

- maladie de système,
- hémopathie maligne: LA, LLC,

➤ FNS:

- hyperlymphocytose,
- sinon > bilan d'auto immunité,



Dc étiologique

adénopathie chronique

1. **Un hémogramme:** pour éliminer une leucose,
2. **Une IDR:** pour éliminer une Tbc: IDR+++> 12mm ou phlycténulaire,
3. **Une ponction ggl:** pus, suc ggl à étaler et étude cytologique,
4. **La biopsie ggl** si le dc n'est pas posé avec les éléments précédents ou s'il s'agit d'un lymphome: car l'histologie permet de préciser le type de lymphome et l'immunohistochimie (type T ou B) pour le TRT.

Caractères de malignité (ana-path): bouleversement de l'architecture ggl, effraction de la capsule ggl.

Donc
En première intention

ADNP isolées chronique sans cause à 4 semaines:

- Hémogramme
- Ponction ganglionnaire
- IDR à la tuberculine

ADNP généralisée quand une infection banale n'est pas retenue

- Hémogramme

ADNP profondes

- Thoraciques: syndrome cave sup, dyspnée, douleur, fortuites (TLT)
- Examen clinique complet: ADNP périphérique, épanchement pleural..
- Hemogramme (FS+++), ponction de liquide pleural
- LNH, HDK, autre....

ADNP profondes

- Abdominales: douleur, signes digestifs, fortuite(echo abdo)
- Examen clinique complet: ADNP périphérique, épanchement péritonéal....
- Hemogramme (FS+++),ponction de liquide pleural.
- LNH,HDK, autre....

CAT/une splénomégalie.

- Spm: rate palpable: définition clinique,
 - Toujours pathologique sauf chez l'enfant,
 - Déborde le rebord inférieur costal gauche,
 - Matité splénique, pas de contact lombaire(élimine un gros rein),
 - Mobile à l'inspiration profonde,
 - Le rebord est crènelé,
- La structure est précisée par l'échographie abdominale ou le TDM. La TDM n'a aucune supériorité pour le diagnostic positif de la SPM.

Conséquences cliniques et biologiques d'une spm:

Clinique:

- gêne, pesanteur, douleur, si douleur brutale: infarctus splénique,
- obstacle : hypertension portale,
- recherchez une CVC, ascite,

Biologique:

- séquestration des cellules sanguines:
hypersplénisme: cytopénies: anémie,
neutropénie, thrombopénie (isolée, bi ou
pancytopénie).

Diagnostic différentiel d'une spm:

- Masse rénale gauche ou gros rein: contact lombaire, signes urinaire, sans mobilité avec la respiration
- Tumeur gastrique: signes digestifs immobilité respiratoire
- Tumeur de la tête du pancréas: douleur, signes digestifs
- Hypertrophie du lobe gauche du foie: consistance hépatique et continuité
- Masse de l'angle colique gauche: signes digestifs

Principales étiologies des SPM:

1. **Infectieuse:** contexte fébrile,
 - septicémies bactériennes,
 - infections virales: mononucléose infectieuse(EBV), HIV, hépatites virales,
 - infections parasitaires: paludisme, leishmaniose viscérale (kala azar), kyste hydatique(apyréxie).
2. **Maladies de système:**
 - LED, PR, sarcoïdose.

Suite: étiologie.

3. Au cours de l'hypertension portale:

- obstacle pré-hépatique: veine porte,
- intra-hépatique: cirrhose,
- veines sus hépatique: thrombose :
syndrome de Budd-Chiari.

4. Au cours des hémopathies:

➤ Bénignes:

- anémies carencielles, disparaît après correction de la carence,
- hémolytiques chroniques: congénitales ou acquises.

Suite: étiologie.

- Malignes: intérêt de la FNS devant toute spm d'évolution récente < 6 mois+++
 - Syndromes myéloprolifératifs +++
 - LMC++,
 - Myélofibrose,
 - Polyglobulie essentielle: Mie de Vaquez,
 - Syndromes lymphoprolifératifs:
 - LLC,
 - Waldenström,
 - Lymphomes,
 - Leucémies aiguës.
- Rares: kystes, hémangiomes: Dc d'exclusion.